

DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA REDUCIR LA DEMANDA DE
ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
POR PACIENTES ADULTOS, USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE
LAS FUERZAS MILITARES, CON PATOLOGÍAS DE BAJA COMPLEJIDAD

YOLIMA ARAQUE BARBOSA
JANNETH MEDINA MURCIA
SARA EDITH MORENO MAZO
CARLOS ALBERTO RINCÓN ARANGO

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
AÑO 2014

DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA REDUCIR LA DEMANDA DE
ATENCIÓN MEDICA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
POR PACIENTES ADULTOS, USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE
LAS FUERZAS MILITARES, CON PATOLOGÍAS DE BAJA COMPLEJIDAD

YOLIMA ARAQUE BARBOSA
JANNETH MEDINA MURCIA
SARA EDITH MORENO MAZO
CARLOS ALBERTO RINCÓN ARANGO

PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TUTOR: DR. HÉCTOR GÓMEZ TRIVIÑO

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
AÑO 2014

CONTENIDO

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 3 |
| 2. | ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES | 4 |
| 2.1. | Estadísticas del servicio de urgencias | 4 |
| 2.2. | Morbilidad en Urgencias | 5 |
| 3. | JUSTIFICACIÓN | 8 |
| 4. | OBJETIVO GENERAL | 9 |
| 5. | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 10 |
| 6. | ALCANCE | 11 |
| 7. | MARCO REFERENCIAL | 12 |
| 7.1 | Normatividad Colombiana para los servicios de urgencias | 12 |
| 7.2 | TRIAGE de Urgencias..... | 15 |
| 7.3 | Centrales de llamadas telefónicas de urgencias..... | 17 |
| 8. | DISEÑO METODOLÓGICO..... | 20 |
| 8.1 | TIPO DE ESTUDIO | 20 |
| 8.2 | TAMAÑO DE MUESTRA: | 20 |
| 8.3 | CATEGORÍAS..... | 20 |
| 8.4 | IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES | 20 |
| 8.4.1 | Guías de manejo de patologías de urgencias y de primeras causas de morbilidad a nivel nacional e internacional | 20 |
| 8.4.2 | Construcción de Algoritmos | 21 |
| 8.5 | DETERMINACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ATENCIÓN DE LA CENTRAL TELEFÓNICA DE ASESORÍA EN SALUD | 21 |
| 8.5.1 | Horario de Atención | 21 |
| 8.5.2 | Promedio de llamadas | 21 |
| 8.5.3 | Tiempo de repuesta | 22 |
| 8.5.4 | Tiempo promedio de atención por usuario | 22 |
| 8.5.5 | Necesidades de Personal | 22 |
| 8.6 | INDICADORES DE MEDICIÓN DE LA CENTRAL TELEFÓNICA DE ASESORÍA EN SALUD | 22 |
| 8.6.1 | Indicadores de Eficiencia | 22 |
| 8.6.2 | Indicadores de Calidad | 22 |
| 8.6.3 | Indicadores de Costos | 22 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 8.7 | DETERMINACIÓN DE PERFIL PROFESIONAL DE OPERARIOS DE LA CENTRAL TELEFÓNICA | 22 |
| 8.8 | ANÁLISIS DE COSTOS | 23 |
| 9. | POSIBLES PRODUCTOS A OBTENER SEGÚN LA ESTRATEGIA IMPLEMENTADA | 24 |
| 10. | RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS | 25 |
| 10.1 | Identificación de Patologías de baja complejidad consultantes a urgencias | 25 |
| 10.2 | Revisión de guías de manejo de patologías de urgencias | 25 |
| 10.3 | Algoritmos de atención telefónica en salud | 25 |
| 10.4 | Levantamiento del proceso de atención por la central telefónica de atención en salud. | 26 |
| 10.5 | ESTÁNDARES DE ATENCIÓN DE LA CENTRAL TELEFÓNICA DE ASESORÍA EN SALUD | 27 |
| 10.5.1 | Horarios de atención | 27 |
| 10.5.2 | 10.5.2. Promedio de llamadas | 28 |
| 10.5.3 | Tiempo de repuesta | 28 |
| 10.5.4 | Tiempo promedio de atención por usuario | 28 |
| 10.5.5 | Necesidades de Personal | 28 |
| 10.6 | INDICADORES DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD | 29 |
| 10.6.1 | Indicadores de Eficiencia | 29 |
| 10.6.2 | Indicadores de Calidad | 29 |
| 10.6.3 | Indicadores de Costos | 29 |
| 10.7 | PERFIL DE LOS AGENTES DE LA CENTRAL TELEFÓNICA | 29 |
| 10.7.1 | Para atender la llamada e identificar al usuario | 29 |
| 10.7.2 | Para clasificar la urgencia de la consulta telefónica | 30 |
| 10.7.3 | Para Orientación al usuario | 30 |
| 10.8 | ANÁLISIS DE COSTOS | 30 |
| 11. | CONCLUSIONES | 32 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 344 |
| | ANEXOS | 366 |

TABLA DE ANEXOS

No.1. Estadísticas de Urgencias Hospital Militar Central 2012 - 2013

No.2. Guías de Manejo para orientación telefónica de salud

No.3. Algoritmos de atención telefónica de patologías de baja complejidad

No.4. Levantamiento de Procesos

No.5. Perfiles Profesionales de operarios de Central Telefónica

No.6. Flujogramas de Asesoría por Central Telefónica

No.7. Indicadores de Gestión de la Central Telefónica de Asesoría en Salud

No.8. Estudio y Análisis de costos

No.9 Cotización Contact Center

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en la ciudad de Bogotá cuenta con 23 Establecimientos de Sanidad para la atención de los niveles I y II de complejidad, discriminados así: 16 de Ejército, 3 de Armada y 4 de Fuerza Aérea, cada uno de ellos, prestando servicios exclusivamente al personal de su Fuerza y en horarios que no superan en la gran mayoría las 17:00 horas.

El Hospital Militar Central, único centro de atención de urgencias y de patologías de II y IV nivel de complejidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, presenta bajos índices de satisfacción del usuario que consulta a urgencias, por la prolongación en los tiempos de espera para la atención de las patologías de baja complejidad de pacientes adultos, clasificadas como TRIAGE III y IV, producto de la oferta insuficiente de consulta externa en los Establecimientos de Sanidad Militar de primero y segundo nivel. La alta afluencia de pacientes con patologías de baja complejidad, así como las dificultades de contratación de médicos generales suficientes para cubrir la demanda de atención médica en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, desbordan la capacidad instalada prevista para los niveles de mayor complejidad, resultando en un represamiento de consultas en todos los niveles de atención y particularmente, falta de oportunidad para la resolución de las patologías clasificadas como TRIAGE III y IV, cuya severidad no amerita una atención inmediata y por ende, se difieren hasta cuando exista disponibilidad de recursos físicos y humanos.¹

El incremento en las quejas y reclamos de los pacientes, sumados al riesgo de complicaciones potenciales derivadas del acto médico por una desproporción entre el número de enfermos y recursos disponibles en el servicio de urgencias, evidencian falencias en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Por ello, se plantea la necesidad de crear estrategias eficaces como un modelo de atención externo al Hospital Militar Central, que brinde una adecuada solución a aquellas patologías no consideradas “emergencias”, a través de la implementación de una central telefónica única que oriente al usuario en la adopción de conductas clínicas seguras mientras es referido según la severidad de su padecimiento, al nivel de complejidad requerido para su atención, garantizando así la accesibilidad, pertinencia, cobertura e integralidad de los servicios de salud y optimizando los recursos disponibles en la red de atención local del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en la ciudad de Bogotá. De este modo, se prevé crear una cultura de uso racional del servicio de urgencias del Hospital Militar entre sus usuarios, evitando desplazamientos innecesarios al mismo, minimizando además el riesgo de que un paciente potencialmente crítico se quede en casa.

¹ Datos suministrados por el servicio de urgencias del Hospital Militar Central para el año 2012, con un promedio de 25 médicos Generales por mes y una rotación promedio de personal de 1.6 médicos por mes. (20/año).

2. ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

2.1. Estadísticas del servicio de urgencias

Durante el año 2012 se atendieron en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, setenta y dos mil quinientos ochenta y un pacientes (72.581), de los cuales el 2,7% fue clasificado TRIAGE I y el 32 % TRIAGE II, con una oportunidad de atención dentro del estándar establecido para el Hospital Militar Central. No ocurrió lo mismo con el TRIAGE III (47% de los pacientes) cuya oportunidad de atención fue de 124 minutos contra 60 minutos del estándar, ni con el TRIAGE IV (17% restante), cuyo tiempo promedio de atención fue de 280 minutos contra un indicador de 90 minutos.

Durante el año 2013, el número de pacientes atendidos fue de 79.300, siendo 39.195 clasificados como TRIAGE III, con un tiempo de espera para la atención de 109 min y 6.571 como TRIAGE IV con un tiempo de espera para la atención de 426 minutos.²

De igual manera, las estadísticas del Hospital Militar durante los años 2012 y 2013, muestran el mismo patrón de afluencia de pacientes al servicio de urgencias según el día de la semana, siendo los días lunes el de mayor número de consultas atendidas (en promedio 300 pacientes) y el fin de semana, entre sábado y domingo, los menores (un promedio de 150 a 200 consultas realizadas). En referencia a las horas del día, se evidencian dos picos de concentración de pacientes en el servicio así: de 8am a 2pm y el segundo pico de 300pm a 7pm.

La Directiva transitoria No.306085 de la Dirección General de Sanidad Militar, establece el proceso para la implementación de consulta prioritaria en el Subsistema de Salud. Aunque se implementó una prueba piloto el 1º de julio de 2012, en un Establecimiento de Sanidad Militar en la ciudad de Bogotá, no se logró aliviar la congestión en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, por limitaciones administrativas y asistenciales para acceder al servicio en el mencionado centro asistencial y por no haberse logrado la integración funcional de las Fuerzas Militares (Ejército, Fuerza Aérea y Armada) para la prestación de los servicios de sanidad a los usuarios.

Como estrategia para disminuir el impacto de la prolongación del tiempo de espera para la atención del TRIAGE IV en el servicio de urgencias, a partir del

² El estándar de oportunidad de atención de urgencias corresponde al estándar fijado por la Superintendencia de Salud para los TRIAGE I y II en la circular 0009 de 2012 y al estudio que hiciera en el Hospital Militar Central la empresa PLEXUS, en el año 2010 a 2011. Cada Institución Prestadora de Salud fija sus propios estándares de acuerdo a su población usuaria y a la disponibilidad de recursos físicos, humanos y económicos con que cuente.

1º de Julio de 2011, el Hospital Militar implementó una consulta exclusiva para estos pacientes, llamada “Consulta Oportuna”, con un horario de atención de 8 horas diarias de lunes a viernes y 4 horas el día sábado, empleando para ello uno de sus médicos generales. En total, se emplearon 1.270 horas/médico para la atención de estas patologías, mejorando el índice de satisfacción del usuario en cuanto a calidad del servicio, mas no en oportunidad, pues el paciente era libre de elegir si esperaba en la sala de urgencias a ser llamado cuando hubiese disponibilidad de recursos para atenderlo o si acudía a la cita asignada en consulta Oportuna para el día siguiente.

Ante la efectividad de la estrategia, a partir de Enero de 2012, se inició también una consulta oportuna para el TRIAGE III, supeditada a que hubiese disponibilidad de recurso humano y físico, por lo cual no se estableció una agenda con horario. Se emplearon 1.113 horas/médico para la atención de estos últimos pacientes.

A partir del año 2013, se realizan tres o cuatro planillas de TRIAGE III, 12 horas del día de domingo a domingo, con un tiempo de atención de 20 minutos por consulta, así, en un día promedio se realizan aproximadamente 140 consultas para este TRIAGE. El cubrimiento de las planillas de TRIAGE III y IV, representa aproximadamente el 75% de los pacientes de TRIAGE III mensualmente y el 100% de los pacientes clasificados en TRIAGE IV. EL objetivo de la consulta oportuna en niveles III y IV no es impactar la oportunidad, sino la calidad de la atención además de apuntar al aumento y control de la productividad del personal asistencial.

2.2. Morbilidad en Urgencias

La distribución de las primeras 15 causas mas frecuentes de consulta en urgencias, durante el año 2013, relacionada en el cuadro No1., evidencian patologías de baja complejidad que no ameritaban la atención por un servicio de urgencias de IV nivel de complejidad y en su lugar, podrían haber sido atendidas en su respectivo Establecimiento de Sanidad Militar por un médico general, con muy poca o ninguna medicación y si con medidas de soporte básico.

Cuadro No. 1: Primeras 15 causas de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, Año 2013

| PUESTO | NOMBRE DEL DIAGNOSTICO DE EGRESO | TOTAL |
|--------|---|-------|
| 1 | Rinofaringitis Aguda | 5.386 |
| 2 | Otras causas no especificadas | 4.128 |
| 3 | Otros dolores abdominales no especificados | 3.011 |
| 4 | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 2.888 |
| 5 | Infección intestinal viral, sin otra especificación | 2.499 |
| 6 | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 2.205 |
| 7 | Cefalea | 1.729 |
| 8 | Lumbago, no especificado | 1.341 |
| 9 | Fiebre, no especificada | 1.187 |
| 10 | Dolor en el pecho, no especificado | 1.049 |

| | | |
|----|------------------------------------|-----|
| 11 | Amigdalitis aguda, no especificada | 969 |
| 12 | Traumatismo no especificado | 901 |
| 13 | Constipación | 724 |
| 14 | Hipertensión esencial (primaria) | 718 |
| 15 | Nausea y vómito | 716 |

De igual manera, el promedio de estancia - cama en observación de urgencias estuvo en 14 horas comparado contra el estándar establecido de 6 horas. La oportunidad de respuesta a interconsulta por especialistas fue de 278 minutos, cuando lo esperado para un servicio de urgencias son 60 min. Estos indicadores reflejan la falta de oportunidad en la atención de los pacientes adultos del servicio de urgencias del Hospital Militar Central en los TRIAGE III y IV, tanto para la consulta como para la resolución de su patología durante la observación, impactando negativamente en la percepción del usuario respecto de la atención en urgencias en términos de calidad y oportunidad, con apenas un promedio del 58% de satisfacción para el año 2013.³

Modelo de atención en salud

La Dirección General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, creada mediante Ley No. 352 de 1997, tiene como Misión, *“Garantizar el apoyo de los servicios de salud a las Fuerzas en las Operaciones Militares y prestar el servicio integral de salud al personal afiliado y beneficiario del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares”*. La visión propuesta para el año 2014, es *“Asegurar la prestación de servicios de salud, desarrollando un modelo asistencial y operacional con enfoque al riesgo y atención integral con atributos de calidad a sus usuarios”*, modelo que a la fecha no está completamente estructurado y por tanto, no se cuenta en la actualidad con un modelo de atención en salud que regule la frecuencia de uso de consulta médica especializada y supra especializada, ni programas de enfermedades crónicas eficientes, que permitan disminuir la poli consulta por un mismo paciente y en un mismo servicio durante el año, así, la oportunidad de citas para pacientes de primera vez se ve afectada por la ocupación de la agenda médica especializada para citas de control.

Pese a que cada Establecimiento de Sanidad Militar cuenta al menos con Medicina General y Odontología General, a partir del año 2013, se implementó la consulta prioritaria en solo 6 Establecimientos de Sanidad Militar, lo que demuestra un importante recurso humano y físico disperso en la ciudad, capacitado para atender la demanda de todos los usuarios del subsistema de salud, pero que por cuestiones organizacionales, resulta insuficiente para cubrirla.

La recién sancionada Resolución 1552 de 2013, dispone en su Artículo 1°: *“...Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de ambos regímenes,*

³ Estadísticas suministradas por el área de Atención al usuario para los años 2012 y 2013, revelan un índice de satisfacción de los usuarios, respecto a los servicios asistenciales y administrativos recibidos en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, de apenas un 60% y un 58% respectivamente

directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida”, servirá sin duda, de incentivo para definir el modelo de atención en salud, en cuanto a frecuencia de uso de consulta especializada se refiere.

3. JUSTIFICACIÓN

La creación de una Red integrada de servicios de salud, compuesta por todos los Establecimientos de Sanidad Militar de la ciudad, mediante un sistema de información y atención pre hospitalaria bajo el control de una Central Telefónica de Asesoría en Salud (CTAS), permitirá racionalizar el uso del Servicio de Urgencias del Hospital Militar Central para la atención de patologías de IV nivel de complejidad, clasificadas como TRIAGE I y II, razón de ser de la institución.

Dicha Central Telefónica de Asesoría, se ocupará primordialmente de atender las consultas de adultos con patologías de baja complejidad que actualmente saturan el servicio de urgencias del Hospital Militar por no encontrar suficiente oferta de atención por medicina general en sus respectivos establecimientos de sanidad militar.

La Central Telefónica de Asesoría, será operada por profesionales de salud idóneos, quienes mediante el uso de una herramienta para la interpretación de los síntomas y antecedentes de los usuarios, puedan orientarlos bien sea con recomendaciones para autocuidado en casa o bien, para referirlos al nivel de complejidad requerido y con disponibilidad de citas para su atención, garantizando la oportunidad y calidad requeridas, a la vez que permitirá racionalizar el recurso humano y físico en todo el subsistema de Salud de la ciudad

4. OBJETIVO GENERAL

Diseñar una estrategia que mediante comunicación telefónica o electrónica centralizada, permita evaluar, orientar y/o referir las patologías consultadas por los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en la ciudad de Bogotá, al nivel de atención requerido con la oportunidad que su condición clínica amerita, optimizando la pertinencia de consulta para enfermedades críticas en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 5.1 Diseñar un sistema de información de manejo clínico para los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, que los oriente en la resolución de sus patologías de acuerdo a su complejidad y dentro del tiempo previsto según su gravedad.
- 5.2 Desarrollar herramientas (matriz de evaluación y protocolos médicos básicos de manejo) que permitan a los profesionales de la salud orientadores de los usuarios consultantes, brindar objetivamente la información requerida, disminuyendo la probabilidad de error.
- 5.3 Aumentar la satisfacción del usuario adulto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en la oportunidad y calidad de la atención médica.
- 5.4 Reducir la demanda de consulta de urgencias del Hospital Militar Central por patologías de baja complejidad.
- 5.5 Fomentar la cultura del autocuidado y el uso racional de los recursos disponibles de la Sanidad Militar en sus usuarios
- 5.6 Servir de estudio piloto para implementación de la estrategia a nivel pediátrico

6. ALCANCE

El presente trabajo pretende satisfacer la demanda de atención médica integral, de aquella consulta de baja complejidad, que no amerita atención inmediata, padecida por usuarios adultos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de la ciudad de Bogotá, que al no encontrar resolución oportuna en su respectivo Establecimiento de Sanidad Militar de primero o segundo nivel de complejidad, acuden al servicio de urgencias del Hospital Militar Central, donde por su complejidad son clasificadas como TRIAGEIII y IV y por ende, deben someterse a largos periodos de espera para la atención médica.

7. MARCO REFERENCIAL

7.1 Normatividad Colombiana para los servicios de urgencias

La Constitución Política de Colombia, en su Título II, Artículo 48 contempla *“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”*

La reglamentación en salud en lo que se refiere a los servicios de urgencias, quizá encuentra fundamento en la Ley 10 de 1990 que menciona una Red Nacional de Salud, cuando se refiere a la prestación del servicio de urgencias, condicionando a todas las entidades prestadoras de servicios de salud a brindar asistencia obligatoria en la atención inicial de urgencias. Posteriormente, el Decreto 412 de 1992, *“por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones”*, aplicable a todas las entidades prestatarias de servicios de salud, públicas y privadas, establece el ámbito de aplicación de la ley y reafirma la obligatoriedad de la atención de urgencias, definiendo para ello los conceptos relacionados que aún hoy persisten, no obstante, se han realizado algunos cambios con respecto a los tiempos de autorización, a la accesibilidad, a la implementación de un sistema de referencia y contra referencia y sobre redes.

- **Urgencia:** Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
- **Atención Inicial de Urgencia:** Son aquellas intervenciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia.
- **Atención de Urgencias:** Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.
- **Servicio de Urgencia:** Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con

el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Protección Social para esa unidad.

- **Red de Urgencias:** Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Protección Social. La red funcionará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información, transporte, insumos, educación, capacitación de laboratorios.

Comité Nacional de Urgencias: organismo asesor en el sector salud, dentro del territorio nacional, garantizando un excelente servicio, mediante el cumplimiento de funciones propias como la asesoría y coordinación de las demás entidades del sector salud en la elaboración de normas técnicas y administrativas para el manejo de las urgencias médicas, la revisión de programas de educación comunitaria para la prevención de riesgos y atención primaria en urgencias.

La Ley 100 de 1993, definió las garantías de todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), disponiendo la atención inicial de urgencias en todo el territorio nacional. Adicionalmente, definió los pagos de las EPS y del cubrimiento a una población por el FOSYGA

La Resolución 5261 de 1994, *"por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" (MAPIPOS)*, contempla en su Artículo 10º la atención obligatoria de urgencias, en cualquier parte del territorio nacional, aun cuando no existiera convenio o autorización de la EPS respectiva incluso para los casos de personas no afiliados al sistema y sin que se exija el pago de cuotas moderadoras. En estos casos, la EPS reconocerá el pago a la IPS a las tarifas SOAT establecidas". Este artículo sería modificado por la **Resolución 2816 de 1998**, que establece *"Cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente; en caso contrario, deberá remitir esta información con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones. Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno por parte de las IPS"*.

La Ley 715 de 2001, en su Capítulo IV *"De las disposiciones generales del sector salud"*, Artículo 67, contempla que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas.

El Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, *"por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, define en su Artículo 7° la aplicación de los copagos a todos los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, con excepción, entre otros servicios, el de urgencias.

La Circular Externa 010 de 2006 expedida por el Ministerio de la Protección Social, imparte instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes.

La Ley 1122 de 2007, en su Artículo 20 garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aun sin que medie contrato, so pena de sanción pecuniaria impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud.

La Resolución 3047 de 2008, *"por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007"*. En sus artículos 3°, 4° y 5° define el formato y procedimientos para el informe de la atención inicial de urgencias, para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y para la respuesta de autorización de dichos servicios y en el caso de autorizaciones adicionales.

El Ministerio de la Protección Social, proyectó las Guías de Manejo de Urgencias en cuya tercera y última revisión publicada data del año 1999, como una herramienta del Estado para mejorar la calidad de atención de los servicios de urgencias, mediante lineamientos "teórico – prácticos basados en la mejor evidencia científica disponible", con el fin de orientar a las instituciones y sus profesionales en el manejo de las patologías que constituyan una urgencia.

La Ley 1438 de 2011 define en su Artículo 67, el sistema de emergencias medicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educativos y procesos de vigilancia. Así mismo, establece la prestación de servicios por redes de tal forma, que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos

en los que deberá contarse con personal con entrenamiento básico donde haya alta afluencia de público.

Bien se puede deducir de las normas legales mencionadas, que la atención de la población general en los servicios de urgencias, pertenezcan o no al SGSSS, es taxativa en garantizar la atención inicial de urgencias en cualquier IPS pública o privada del país, sin que deba existir ningún requisito previo para acceder a ella, bien se trate de un convenio o autorización de EPS, direcciones territoriales de salud u otra entidad, ni tampoco de períodos mínimos de cotización o cuotas de recuperación o cobro de copagos o cuotas moderadoras.

7.2 TRIAGE de Urgencias

La palabra “TRIAGE”, es una palabra de origen francés, que significa “*selección*”, “*clasificación*”. En el ámbito hospitalario, se utiliza para referirse al proceso de evaluación clínica preliminar que clasifica a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, en virtud de la severidad de su patología y desde el punto de vista clínico, con el fin de asignar la prioridad de la atención para aquellas revestidas de gravedad que amenazan la vida del paciente. En su acepción original, el TRIAGE fue implementado para la clasificación y atención de víctimas en masa, en virtud del número de víctimas y de los recursos existentes para la atención de éstas, pero dada su gran utilidad, en épocas recientes se ha implementado rutinariamente en los servicios de emergencias de clínicas y hospitales, para otorgar prioridad en la atención médica a aquellas patologías que por su severidad, amenazan de la vida del paciente, difiriendo la atención de entidades no consideradas de gravedad, para cuando las condiciones y los recursos disponibles así lo permitan. Por constituir el primer momento de verdad de contacto con el paciente, una valoración adecuada permite incluso resolver un gran número de los motivos de consulta al servicio de urgencias, disminuyendo significativamente el número de pacientes que deberán ser valorados en éste, así como los tiempos de atención.

El Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de la Protección Social por medio del cual “*se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*”, dispone en el Capítulo III, lo relacionado con el proceso de atención en salud y en sus artículos 10 a 12, lo concerniente a la atención inicial de urgencias, estableciendo el procedimiento de TRIAGE como de selección y clasificación de pacientes en urgencias. En los Artículos del 12 al 14, determina los procesos de atención de urgencias, la verificación de derechos, los tiempos de autorización y el servicio ambulatorio que debe seguir a la atención de la urgencia.

El sistema de “TRIAGE” se basa en una escala de priorización útil, válida y protocolizada, realizada por profesionales idóneos, capaces de

identificar las necesidades del paciente y definir las prioridades de atención de acuerdo a lo que comenta el paciente y a lo que encuentra el profesional al examen físico, de tal suerte que la categoría asignada al padecimiento concuerde con el nivel de gravedad real de la emergencia del paciente y se establezcan los tiempos de espera razonables para ser atendido y tratado por el equipo sanitario, independientemente del orden de la demanda asistencial. El profesional de salud en el TRIAGE no diagnostica sino que establece la prioridad en la atención.

La Superintendencia de Salud, mediante circular 000009 de 2012, estableció indicadores de calidad y alerta temprana de reporte mensual por parte de las IPS, dentro de los cuales incluye el Promedio de tiempo de atención de urgencias en paciente clasificado como TRIAGE II y III. No incluye el TRIAGE I, porque por tratarse de urgencias que amenazan la vida del paciente, su atención es inmediata. Tampoco contempla el TRIAGE IV, por ser enfermedades de baja complejidad que no ameritan atención por un servicio de urgencias, sino mas bien, atención ambulatoria por consulta General.

Para determinar las prioridades, se deben correlacionar tanto el motivo de consulta del paciente, como la interpretación subjetiva del profesional sanitario y el examen clínico objetivo, sin dejar de lado otras variables no menos importantes que pueden afectar la clasificación: antecedentes clínicos, frecuencia de presentación de los síntomas y severidad de éstos, edad del paciente y factores desencadenantes. Por norma, se da prioridad para la clasificación a las personas mayores de 62 años, madres gestantes, niños menores de 5 años, y personas en situación de discapacidad. Los signos clínicos del paciente orientarán hacia la severidad del padecimiento, así como a la prioridad de atención.

Se han asignado cuatro estados a la prioridad, que por convención internacional se señalan con colores así:

- ROJO- Prioridad I - situación que amenaza o pone en riesgo la vida. Se atiende inmediatamente.
- AMARILLO- Prioridad II - situación de urgencia con riesgo vital que podría complicarse en cualquier momento. Promedio de espera para la atención 1-2 horas
- VERDE- Prioridad III - Pacientes que presentan un problema de salud que no compromete la integridad del paciente. No es una urgencia. Incluye condiciones de riesgo que ameritan atención médica prioritaria. Promedio de espera para la atención hasta 6 horas
- BLANCA - Prioridad IV: No Urgente. Paciente con problema no agudo que no asiste a consulta externa y espera ser atendido en urgencias por una molestia menor o crónica. Se deben atender máximo en 72 horas

CONSULTA PRIORITARIA: Es la consulta ambulatoria asignada para atender aquellas patologías clasificadas TRIAGE III o IV. Aunque no son una urgencia, existe la posibilidad de deterioro si en las próximas

24 horas no se define algún manejo.⁴

En nuestro país aun existe alguna controversia respecto de cuál profesional de la salud es quien debe realizar el TRIAGE de urgencias, principalmente, porque no existe una clara reglamentación que así lo defina. No obstante, las Guías para manejo de urgencias del Ministerio de la Protección Social, en su capítulo Decimotercero y subsiguientes, incluye la realización del TRIAGE por Enfermería e incluso algunos procedimientos de urgencias, realizados por estas profesionales. Estudios comparativos de TRIAGE realizados por médicos y por enfermeras profesionales, han demostrado que el TRIAGE realizado por éstas últimas, es un procedimiento confiable⁵ quizá porque para el médico resulta difícil abstenerse de hacer diagnósticos diferenciales e iniciar un tratamiento, aun sin los exámenes complementarios requeridos, resultando en una consulta rápida y sin calidad, con lo cual se produce un incremento del tiempo de realización del TRIAGE y demora para la valoración inicial de otros pacientes. Por ello, en el mundo, muchas instituciones de salud han implementado el TRIAGE realizado por enfermeras profesionales y lo han asumido como una actividad propia de enfermería⁵

7.3 Centrales de llamadas telefónicas de urgencias.

En años recientes, se ha incrementado a nivel Internacional, la atención médico sanitaria a través de “consulta telefónica” o “TRIAGE telefónico”, para evaluar y tratar los problemas de salud de las personas que demandan atención sanitaria, bien sea mediante asesoría o referencia a un centro de servicio más adecuado. Países como Australia, Dinamarca Nueva Zelanda, Suecia, Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido poseen sistemas de orientación o atención fuera de horario a sus usuarios, mediante centrales de atención telefónica, logrando disminuir con ello la carga asistencial de los médicos generales y de los departamentos de emergencias.

Con el fin de evaluar el impacto de todos los servicios de consulta telefónica y TRIAGE en la seguridad el paciente, la frecuencia de uso de los servicios y la satisfacción del usuario, así como los efectos de la consulta telefónica atendida por diferentes profesionales de la salud (enfermeros versus consulta telefónica con médicos), Bunn, Byrne y Kendall, revisaron 3.437 registros de búsquedas en bases de datos electrónicas de servicios de consulta telefónica y TRIAGE. Los

⁴ Metrosalud. Alcaldía de Medellín. Gobierno en Línea. Consultado 11 de enero de 2014. Disponible en: <file:///Users/samora/Desktop/TESIS%20GERENCIA%20EN%20SALUD/TRIAGE.webarchive4>

⁵ Velandia M. Revista de Actualizaciones en Enfermería. Consultado el 27 de Diciembre de 2013. Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102-TRIAGE.htm>

autores encontraron que la consulta telefónica y el TRIAGE telefónico (términos usados indistintamente), reducen las visitas al médico General o a domicilio y que incluso, se puede atender al menos un 50% de las llamadas sólo con asesoramiento. Redujo también el número de visitas fuera de hora a los médicos generales y demostró ser segura. Sin embargo, concluyen: “puede haber un aumento en la repetición de las visitas y es necesario realizar más evaluaciones”. Respecto de la atención de consultas telefónicas por médicos o enfermeros profesionales, el estudio reveló que los enfermeros redujeron el volumen de trabajo de los médicos de urgencias sin aumentar los eventos adversos y que los enfermeros capacitados en este tipo de atención utilizaron algoritmos informáticos de apoyo de decisiones clínicas⁶.

Uno de los principales sistemas de consulta telefónica en funcionamiento es NHS Direct en el Reino Unido, en Inglaterra, el cual funciona durante las 24 horas del día y es manejado por enfermeros. Su objetivo primordial consiste en ayudar a las personas que llaman para que sean ellos mismos quienes traten sus problemas y reducir así las consultas innecesarias a otros servicios de NHS. La satisfacción de sus usuarios es alta, aunque existe subutilización del servicio por las clases marginadas⁷.

En Estados Unidos, tras evidenciar que muchos de los gastos en salud eran innecesarios, se crearon estrategias de “Gestión de la atención médica” para mejorar las habilidades de autocuidado y de educación a los pacientes para una utilización mas racional de los servicios de salud, reduciendo costos y mejorando la calidad del servicio. Una de tales estrategias fue una intervención telefónica de atención médica, instruyendo en una primera fase a los participantes sobre la toma compartida de decisiones, el autocuidado y modificaciones de sus hábitos y conductas para en una segunda fase, dar apoyo presencial (tradicional) o telefónico (expandido) a dichos pacientes. Los resultados arrojaron un menor gasto médico y farmacéutico mensual por persona, en el grupo de expansión, gracias a una reducción anual del 10% de hospitalizaciones.⁸

Barcelona (España), reporta que en su experiencia con la Central telefónica ICO24h, atendida por médico de familia, obtuvo un grado de resolución telefónica del 70% de las consultas, comparado con otros estudios de atención telefónica brindada por Enfermeras Jefes,

⁶ Bunn F, Byrne G, Kendall S. Consulta telefónica y "TRIAGE": efectos sobre el uso de la asistencia sanitaria y la satisfacción del paciente (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número

⁷ Munro J, Nicholl J, O'Cathain A, Knowles E. Impact of NHS direct on demand for immediate care: observational study. BMJ 2000;321:150-3

⁸ Wennberg DE., Marr A., Lang L. Et cols. ¿Resulta efectiva una estrategia telefónica para mejorar el automanejo y la relación medico – paciente, y así reducir los costes en salud?. Artículo Original: A RANDOMIZED TRIAL OF A TELEPHONE CARE MANAGEMENT STRATEGY. The New England Journal of Medicine 2010; 363 (13): 1245-55

donde el grado resolutivo fue del 50%⁹.

Para la mayoría de los estudios, el personal de salud encargado registró en una base de datos, las variables sociodemográficas, clínicas y las relacionadas con la llamada telefónica, información que a su vez fue sometida a una auditoría de calidad enfocada en diligenciamiento de los registros, aplicación de los protocolos y la satisfacción de los usuarios, permitiendo además situaciones críticas que requiriesen modificar la toma de decisiones clínicas.

Los resultados publicados en la literatura, reportan haber facilitado al paciente, el acceso a la consulta telefónica, evitando desplazamientos innecesarios e incluso, logrando disminuir la visita a los servicios de urgencias hospitalarias (SUH). Las expectativas de los pacientes fueron satisfechas con una buena atención, resolución oportuna de sus patologías en la mayoría de los casos e incluso con un seguimiento de su enfermedad.

Actualmente en Argentina, existe un Sistema de Atención Telefónica de Emergencias, en la Provincia de Buenos Aires, creado mediante Ley Provincial de Seguridad Pública N° 12154 del Ministerio de Seguridad y reglamentado por el Decreto 474 de 2005. Entendida la Emergencia como *“Toda circunstancia, urgente necesidad o catástrofe que pueda comprometer la vida, libertad, seguridad e integridad de las personas físicas o jurídicas o la de sus bienes y que exija objetivamente un auxilio inmediato”*, el Sistema, de carácter gratuito, permanente y de acceso fácil y rápido, actúa como servicio exclusivo de atención de emergencias y permite al usuario, a través de la marcación de un número telefónico, asignado por la autoridad competente, acceder en caso de emergencia a los servicios competentes de seguridad, de salud pre-hospitalaria y de defensa civil determinados en protocolos. Funcionan las 24 horas del día todos los días de la semana y contempla varios niveles de atención:

- Un primer nivel: Sala de Atención, llamado Centro de Atención de Emergencias, operado por personal civil especialmente seleccionado y capacitado en organización policial, organización judicial, programación neurolingüística, procedimientos de comunicación, información geográfica y los módulos de formación y capacitación que oportunamente se establezcan.
- Un segundo nivel: Mesa de Crisis y Centros de Despacho, que se van incorporando al Sistema conforme a las distintas etapas de implementación del mismo.

⁹ Coma, E., De la Haba, I., Comabella, R., et al. La atención telefónica urgente especializada: una manera de mejora en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias 2009; 21: 117-120. Central de Llamadas ICO24horas. Advance Medical-Barcelona, España

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio descriptivo, cuyo punto de partida es una situación actual de inoportunidad en la atención médica de patologías de baja complejidad que consultan al servicio de urgencias del Hospital Militar, impactando la calidad de atención de pacientes gravemente enfermos cuya severidad es la que en realidad corresponde atender a un hospital de IV nivel de complejidad de atención. A la vez, es un estudio prospectivo, porque a partir de la implementación de un centro telefónico de atención de urgencias, se medirá el impacto de esta estrategia, en términos de efectividad, eficiencia, oportunidad y calidad del servicio prestado.

8.2 TAMAÑO DE MUESTRA:

De entre las primeras quince patologías mas frecuentemente diagnosticadas en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central durante el año 2013, se eligieron aquellas cinco que por ser de baja complejidad, pudieron resolverse en establecimientos de sanidad militar de menor nivel de complejidad y de manera ambulatoria.

8.3 CATEGORÍAS

Como unidad de análisis se tomó el funcionamiento actual del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en Bogotá, respecto de sus horarios de atención y disponibilidad de citas médicas para la atención de patologías de primero y segundo nivel de complejidad, así como la inferencia sobre el conocimiento que tienen sus usuarios sobre la organización del sistema, respecto de los niveles de atención por complejidad, horarios de atención y autocuidado.

8.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Para la orientación telefónica de los pacientes con patologías de baja complejidad se tuvieron en cuenta las siguientes variables :

8.4.1 Guías de manejo de patologías de urgencias y de primeras causas de morbilidad a nivel nacional e internacional

Para las diferentes guías se definen:

- **Objetivo general:** Aclarar conceptos sobre el diagnóstico y tratamiento básicos dela enfermedad con el fin de ofrecer

herramientas al profesional de la salud no médico, que le permitan impartir recomendaciones generales a pacientes ambulatorios que lo padecen.

- **Objetivo específico:** Establecer los criterios de severidad y riesgo para identificar aquellos pacientes que requerirán manejo ambulatorio o en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central.
- **Alcance:** Estas recomendaciones de práctica clínica están dirigidas a todos los profesionales de la salud no médicos que asesoran a pacientes, cuya complejidad de sus patologías demandan orientación y direccionamiento telefónico para el manejo ambulatorio de las mismas.
- **Periodicidad de revisión:** Se refiere al tiempo requerido para la actualización periódica del proceso de orientación telefónica de patologías ambulatorias de baja complejidad.

8.4.2 Construcción de Algoritmos

Se definen aquí los criterios a tener en cuenta para la clasificación de la patología, para la orientación del paciente y para el proceso de referencia al nivel pertinente, por parte del personal de salud de la Central Telefónica de Asesoría en Salud (CTAS)

8.5 DETERMINACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ATENCIÓN DE LA CENTRAL TELEFÓNICA DE ASESORÍA EN SALUD

8.5.1 Horario de Atención

Con base en la estadística de picos de atención de urgencias del Hospital Militar Central, discriminada por días y por horas del día, se determina cuál es el horario de atención de la Central telefónica de Asesoría en Salud.

8.5.2 Promedio de llamadas

Teniendo en cuenta que los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de la ciudad de Bogotá no distinguen claramente qué es una urgencia verdadera, ni tampoco cómo sería clasificada su patología, en caso de acudir al servicio de urgencias del Hospital Militar y posterior a la realización del TRIAGE, se espera atender un número de llamadas igual al número de consultas realizadas en este servicio durante el año 2013.

8.5.3 Tiempo de repuesta

Se refiere al tiempo en minutos transcurrido desde que el paciente llama a la central telefónica y debe esperar para empezar a ser atendido por el operador.

8.5.4 Tiempo promedio de atención por usuario

Es el tiempo en minutos que requiere cada llamada para ser atendida, a partir de que el operador de la central telefónica de asesoría en salud descuelgue el teléfono y proceda a la identificación del paciente, interrogatorio y la orientación respectiva de manejo en casa o referencia a la red de prestadores del subsistema.

8.5.5 Necesidades de Personal

Considerando el número de llamadas diarias previstas, se calcula el personal necesario para la atención y asesoría telefónica así como el horario en que laboran

8.6 INDICADORES DE MEDICIÓN DE LA CENTRAL TELEFÓNICA DE ASESORÍA EN SALUD

Se analizaran tres tipos de indicadores como parámetros de medición del funcionamiento de la central telefónica

8.6.1 Indicadores de Eficiencia

Se miden en término de número de llamadas atendidas en función del tiempo

8.6.2 Indicadores de Calidad

Miden la capacidad resolutive dada por los Operadores, a las consultas realizadas telefónicamente en términos de información.

8.6.3 Indicadores de Costos

Miden la eficiencia en valor de la atención telefónica de las llamadas

8.7 DETERMINACIÓN DE PERFIL PROFESIONAL DE OPERARIOS DE LA CENTRAL TELEFÓNICA

Se establecerán la educación, experiencia y competencias de los funcionarios que realizarán las funciones de atención de consultas telefónicas de urgencias.

8.8 ANÁLISIS DE COSTOS

(Anexos No.3, No.4 y No.5)

Para medir el impacto económico que generaría la aplicación de la estrategia propuesta en el presente trabajo de investigación, se procedió de la siguiente manera:

1. Revisión del convenio suscrito entre la Dirección General de Sanidad Militar y el Hospital Militar para los años 2012 y 2013, donde se pactaron las tarifas institucionales de atención para los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (tarifa SOAT menos 22%).
2. Cálculo con la unidad de costos del Hospital Militar Central, de los costos directos de funcionamiento (talento humano, infraestructura, logística y servicios públicos), derivados de la atención de los pacientes clasificados como TRIAGEIII y IV en el servicio de urgencias del Hospital Militar durante los años 2012 y 2013.
3. Elaboración de una matriz en Excel, consolidando la información de los ingresos generados por la atención de dichos pacientes, catalogados como patologías de baja complejidad y atendidos en el servicio de urgencias con sus respectivos costos de funcionamiento.
4. Obtención de cotizaciones en el mercado de empresas de comunicaciones especializadas en centrales de asistencia telefónica.
5. Comparación de la matriz de ingresos y costos de funcionamiento con los costos de central de asistencia telefónica.

9. POSIBLES PRODUCTOS A OBTENER SEGÚN LA ESTRATEGIA IMPLEMENTADA

- Con la implementación de una Central Telefónica de Asesoría en Salud para los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de la guarnición de Bogotá, se espera racionalizar el uso del servicio de urgencias del Hospital Militar Central, garantizando que se atiendan allí oportunamente y de manera exclusiva, los niveles III y IV de complejidad de atención en salud, generando con ello, oportunidad y calidad en la atención lo que sin duda, repercutirá favorablemente, tanto en la satisfacción del usuario como en el ahorro de recursos para la Institución.
- Con la capacitación y entrenamiento del personal de salud que operará la Central Telefónica, en las patologías de baja complejidad y mayor demanda de atención de urgencias, se impartirán medidas preventivas y terapéuticas eficaces que además de educar al paciente en el manejo de la enfermedad, evitarán el reingreso al servicio de urgencias.
- Constituir una estrategia de comunicación y difusión de información con enfoque en cuidado primario, servirá como referente para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el diseño y estructuración de programas educativos efectivos y aplicables para otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- La puesta en marcha de la Asesoría telefónica en salud, liberará al Hospital Militar Central de una carga que actualmente entorpece la atención de aquellas patologías que por su complejidad, demandan mayor tiempo y cuidado.

10.RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

10.1 Identificación de Patologías de baja complejidad consultantes a urgencias

De las 15 patologías mas frecuentes que consultaron al servicio de urgencias del Hospital Militar Central durante el año 2013 , se extrajeron las 5 patologías de baja complejidad que más consultaron así:

| NOMBRE DEL DIAGNOSTICO DE EGRESO | TOTAL |
|---|-------|
| Rinofaringitis Aguda | 5.386 |
| Dolor abdominal no especificado | 3.011 |
| Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 2.888 |
| Cefalea | 1.729 |
| Lumbago, no especificado | 1.341 |

10.2 Revisión de guías de manejo de patologías de urgencias

Se revisaron las guías de manejo definidas por el Ministerio de la Protección Social, así como las Guías rápidas de diferentes E.P.S nacionales y Guías adoptadas por otros países, pero dado que en este trabajo se trata de patologías de baja complejidad, las mismas no están contempladas dentro de la literatura, como referente para los servicios de urgencias.

En consecuencia, se revisaron las guías de atención de consulta externa de las fuentes citadas y se adaptaron a la necesidad de nuestra población usuaria, de tal manera que puedan ser manejadas por enfermeras entrenadas en el uso de los algoritmos y flujogramas propuestos.

Se realizará la actualización periódica del proceso de orientación telefónica de patologías ambulatorias de baja complejidad mínimo cada 2 años, para lo cual asignará de recursos materiales y humanos requeridos para tal fin.

10.3 Algoritmos de atención telefónica en salud

Se construyó un algoritmo de clasificación, como herramienta dinámica, basado en preguntas sencillas, en un lenguaje claro y comprensible para el usuario que demanda orientación a través de la central telefónica, con el ánimo de identificar en el menor tiempo posible síntomas específicos que ameriten direccionar al usuario al Hospital Militar Central por tres vías identificadas en la herramienta de manera visual y cada una por un color así: con apoyo de traslado en ambulancia solicitado al #123 (color Rojo),

manejo en el Hospital Militar Central con traslado por sus propios medios (color Amarillo) y manejo por consulta externa (color verde). La definición del manejo se realiza a través de la puntuación que se va dando a cada uno de los síntomas (entre 2 y 18 puntos) y cuyo valor acumulado permite la semaforización de la orientación, para el personal de la central telefónica que atiende la llamada.

Entre los datos que el paciente deberá suministrar telefónicamente con el fin de recibir la orientación que su patología requiere se incluyen:

- Edad del paciente: Con este dato la matriz permite priorizar población vulnerable como los adultos mayores de 60 años y los niños menores de 5 años.
- Motivo de llamada: Con este dato la matriz pretende puntuar cierto grado de gravedad a motivos de consulta que son de manejo específico en unidades de urgencias.
- Enfermedades previas o comorbilidades: Los antecedentes permiten establecer y orientar sobre posibles complicaciones de síntomas que en algún momento puedan ser manejado por consulta externa.
- Presencia o sospecha de embarazo. Este ítem permite descartar el manejo ambulatorio de patologías que independientemente de su motivo de consulta deben ser manejadas de forma presencial en los servicios de urgencias.
- Presencia de fiebre y cuantificación de la misma. Este ítem permite identificar síntomas que pueden orientar hacia el curso de patologías de origen infeccioso, cuyo manejo no se realiza desde el área ambulatorio.
- Cuantificación del dolor. El paciente indicará la intensidad del dolor según una escala de valor, siendo 10 el dolor más alto que haya experimentado y 1 sin dolor, de uno a 10 cuanto le duele? La escala análoga del dolor me permite establecer el grado de agudeza en síntomas como el dolor precordial, dolor lumbar, cefalea o dolor abdominal.
- Ingesta de analgésicos o medicamentos en las últimas 12 horas. Este ítem permite establecer un grado de importancia a síntomas que se pueden enmascarar o agudizar por la ingesta de medicamentos.
- Tiempo de inicio de los síntomas. El tiempo de inicio de síntomas permite identificar la gravedad en síntomas, siendo la mayor puntuación el inicio de síntomas en las últimas 24 horas.

10.4 Levantamiento del proceso de atención por la central telefónica de atención en salud.

(Anexos No.5 y No. 6)

El Centro de Atención Telefónica de Urgencias, funcionará como un centro coordinador, pieza clave del “TRIAGE” telefónico. Para que sea operativo, se deberá:

- Asignar un número telefónico, exclusivo para demandar la asistencia médica desde el domicilio. Dicho número en lo posible deberá ser de fácil recordación y se deberán realizar establecer campañas de sensibilización, mediante todos los medios de información disponibles (pagina web, call center de asignación de citas médicas, boletines informativos, desprendibles de pago, etc.), de tal forma que futuros usuarios identifiquen este medio de comunicación.
- Planificar actividades de formación y entrenamiento de los operadores (personal no sanitario) para garantizar su efectividad en el “TRIAGE” de los pacientes, pues serán el primer contacto de la persona que requiere asistencia telefónica, realizando una primera clasificación de los casos y recogiendo los datos administrativos del caso.
- El siguiente escalón del “TRIAGE” telefónico lo debe desempeñar personal sanitario, preferentemente enfermería, quienes harán una evaluación más detallada de cada caso individualizando según la prioridad la respuesta que será simplemente informativa (autocuidado en casa, si la patología no es una emergencia) o requerirá una intervención sanitaria, referencia al servicio de urgencias del Hospital Militar o referencia al Establecimiento de Sanidad Militar con disponibilidad de citas médicas o consulta prioritaria mas cercano.
- Si se requiere una intervención sanitaria en el domicilio, habrá que desplazar un equipo médico, que en este caso finaliza el proceso de atención telefónica, ya que confirma la gravedad y riesgo del caso, inicia tratamiento en el domicilio, deriva a un Centro de Atención Primaria o solicita una ambulancia para ingreso hospitalario o en una Unidad de Cuidados Intensivos.

10.5 ESTÁNDARES DE ATENCIÓN DE LA CENTRAL TELEFÓNICA DE ASESORÍA EN SALUD

Con base en las estadísticas del servicio de urgencias del Hospital Militar Central durante los años 2012 y 2013, así como el índice de satisfacción de esos usuarios durante el mismo periodo de tiempo se determinaron los siguientes estándares de atención. (Anexo No.7)

10.5.1 Horarios de atención

Dado que los picos de afluencia de pacientes al servicio de urgencias según los días de la semana y las horas del día, se planteó que la Central Telefónica de Asesoría en Salud funcione de Lunes a Viernes en horario de 07:00 am a 07:00 pm. No se atenderá los días domingos ni festivos.

10.5.2 Promedio de llamadas

Teniendo en cuenta la estadística de pacientes con patologías de todos los niveles de atención que consultaron al servicio de urgencias en el año 2013 y a que mientras se socializa el objetivo principal de la Central de Asesoría en Salud de las Fuerzas Militares, cual es brindar orientación a aquellas patologías de baja complejidad, mientras son atendidas por su respectivo nivel de complejidad, se prevé que se atenderá un total de 45.766 llamadas por año, (triage III y IV), con un promedio de 3.813 llamadas por mes. Se proyecta atender 190 consultas telefónicas diarias.

10.5.3 Tiempo de repuesta

Considerando que cada equipo de trabajo estará compuesto por una Enfermera Jefe y tres Auxiliares de Enfermería y que las llamadas asesoradas durarán en promedio 6 minutos (a partir del momento en que la secretaria las direcciona al personal de salud encargado), se estima que cada uno de los tres funcionarios del equipo (auxiliares de enfermería), en condiciones ideales, atendería y solucionaría un máximo de 10 llamadas por hora.

El centro de Asesoría telefónica en su fase inicial de implementación podría evacuar un máximo de 30 llamadas por hora y si se proyecta que labore 10 horas continuas podrá solucionar un máximo de 300 asesorías en salud por día.

El personal sanitario de la central de atención y asesoría telefónica podrá solucionar simultáneamente un máximo de 3 llamadas por lo tanto, el tiempo de respuesta máximo después de la tercera llamada deberá ser de 6 minutos.

10.5.4 Tiempo promedio de atención por usuario

Teniendo en cuenta que cada llamada telefónica requiere de una identificación inicial que en promedio dura 0,5 min, seguido de una anamnesis para determinar la gravedad de su padecimiento, calculado en 4 min y 1,5 min para proceder o bien, a derivar al servicio de urgencias del Hospital Militar Central o bien, a dar recomendaciones de autocuidado mientras es derivado al nivel de complejidad correspondiente y mas cercano, se calcula un tiempo de atención máximo de 6 minutos por llamada.

10.5.5 Necesidades de Personal

Si cada equipo de trabajo de la Central telefónica de asesoría en salud, está compuesto por 1 Enfermera Jefe y 3 Auxiliares de enfermería,

con un horario laboral de 6 horas diarias y cada llamada tomará un tiempo máximo de atención de 6 minutos, se calcula que para atender un volumen aproximado de 190 llamadas/día, se requieren 2 equipos de trabajo para trabajar 6 horas diarias cada uno.

10.6 INDICADORES DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD

Se establecieron los siguientes indicadores de gestión como parámetros de medición de la estrategia propuesta (Anexo No.2)

10.6.1 Indicadores de Eficiencia

- Volumen: No de llamadas atendidas, porcentaje de ocupación de los funcionarios
- Tiempo: Abandono de llamadas, tiempo de atención de llamadas, tiempo efectivo de llamada
-

10.6.2 Indicadores de Calidad

- Desempeño: Adherencia al turno, Llamadas de re consulta.
- Resultado: Resolución en el primer contacto, porcentaje de llamadas atendidas por grado de complejidad

10.6.3 Indicadores de Costos

- Valor o costo por llamada
- Costo por contacto atendido
- Costo por contacto efectivo

10.7 PERFIL DE LOS AGENTES DE LA CENTRAL TELEFÓNICA

10.7.1 Para atender la llamada e identificar al usuario

Estudiantes universitarios de carreras afines al área administrativa de cualquier nivel, con experiencia mínima de 6 meses en atención de call center. Con conocimiento de los diferentes trámites y procedimientos de cara al cliente, así como la normatividad vigente para la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social y del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Que demuestre competencias organizacionales orientadas al cliente y al logro, autocontrol, flexibilidad y dinamismo y con habilidades de comunicación oral, trabajo bajo presión, tolerancia a la rutina, manejo de servicios informáticos electrónicos, habilidad en digitación y disposición para cumplir con las reglas establecidas por la Institución.

10.7.2 Para clasificar la urgencia de la consulta telefónica

Auxiliar de Enfermería graduada, con mínimo un año de experiencia en atención de urgencias y al menos 6 meses en atención de call center. Las mismas capacidades y habilidades del numeral anterior, además de conocer el perfil epidemiológico de la Sanidad Militar y la organización y funcionamiento del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en Bogotá, su ubicación, su horario de atención, nivel de complejidad, recursos disponibles.

10.7.3 Para Orientación al usuario

Enfermera(o) Jefe graduada (o) con y acreditación de especialización en el área de urgencias y mínimo un año de experiencia en atención de urgencias. Las mismas capacidades y habilidades del numeral anterior además de demostrar capacidad resolutive y liderazgo en su equipo de trabajo.

10.8 ANÁLISIS DE COSTOS

Aunque el convenio existente entre el Hospital Militar Central y la Dirección General de Sanidad Militar durante el año 2013 se pactó a tarifas de mercado inferiores, comparativamente respecto de las de los demás centros hospitalarios de alta complejidad de la ciudad (Tarifa SOAT -22%), el Hospital recibió durante el año 2013 una ganancia neta de \$1.446.751.396 por la atención en su servicio de urgencias a pacientes considerados por sus patologías como de baja complejidad, clasificadas como TRIAGE III y IV, cifra muy similar a la facturada en el año 2012.

La Dirección General de Sanidad Militar por su parte y por no poseer dentro de su red interna capacidad instalada suficiente en la ciudad de Bogotá para atención de patologías no urgentes de baja complejidad, gastó de su presupuesto en el año 2013 \$1.586.686.976 a pesar de haber pactado buenas tarifas de prestación de servicios médicos con el Hospital Militar (tarifa SOAT menos 22%).

Con base en la estadística de atención del servicio de urgencias del Hospital Militar central durante el año 2013, se construyó una matriz de costos de la atención de pacientes de TRIAGE III y IV (ver anexos). A partir de estos datos, se calcularon los costos para el primer año de activación de una Central Telefónica de Asesoría en Salud por la Dirección General de Sanidad de las Fuerzas Militares, que preste sus servicios al público durante 10 horas diarias y 5 días a la semana, en \$489.936.000 (Cuatrocientos ochenta y nueve millones, novecientos treinta y seis mil pesos) anuales, lo cual representa al asegurador un ahorro de \$1.097.326.976 (mil noventa y siete millones trescientos veintiséis mil novecientos setenta y seis pesos) al año respecto a la cifra

destinada para cancelar la atención de este grupo de pacientes en el servicio de Urgencias del Hospital Militar Central.

La tarifa ofrecida por la empresa de Contact Center, es una tarifa integrada Tarifa Integrada que incluye el recurso humano, recursos físicos, recursos tecnológicos y de comunicaciones.

| Costo Integrado | Valor |
|-----------------------------|-------|
| Costo Integrado por gestión | 7.500 |

Con la proyección de atender aproximadamente 210 usuarios vía telefónica diariamente y con un promedio de tiempo para cada llamada atendida de 6 minutos, se deberá contar con 2 equipos de trabajo en salud constituidos cada uno por una Enfermera Jefe y tres Auxiliares de Enfermería, cuyo costo se encuentra incluido en la oferta integral de los operadores oferentes como \$ 7.500 pesos por cada llamada atendida en la Central, representando para el Asegurador, durante el primer año, un monto de \$377.160.000 pesos. Los costos del personal administrativo (2 secretarias para cada jornada de seis horas) encargado inicialmente de filtrar y direccionar las llamadas de acuerdo a los requerimientos del usuario, fueron incluidos dentro de los costos directos totales de funcionamiento de las áreas operativas de central telefónica (ver anexo de costos) y se proyectaron en \$ 8.600.000 pesos mensuales.

11.CONCLUSIONES

1. Mantener el adecuado funcionamiento de los servicios de salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en la ciudad de Bogotá, requiere del esfuerzo integrado de la Dirección General de Sanidad Militar, de la Dirección del Hospital Militar, de los Comandos de Ejército, Fuerza Aérea y Armada y de cada una de las Direcciones de Sanidad que integran el sistema, a través de la inclusión de sus todos sus Establecimientos de Sanidad Militar en la ciudad, como centros de referencia y contra -referencia para la atención oportuna y eficiente de patologías de baja complejidad de sus usuarios, sean estos de cualquier Fuerza, cumpliendo así con la Integralidad Funcional deseada.
2. Contar con un modelo de “TRIAGE” u orientación telefónica de Asesoría en Salud, será fundamental para que nuestro subsistema de salud pueda dar una respuesta eficiente ante una patología de baja complejidad que no requiere la asistencia médica de un servicio de urgencias de alta complejidad. Para ello, se han elaborado algoritmos que funcionando como una herramienta de análisis de síntomas y antecedentes previos, permitan dar unas recomendaciones básicas adaptadas a las peculiaridades de cada paciente.
3. Las experiencias en otros países con enfermeros profesionales realizando las actividades de TRIAGE, refleja la evolución en la función del enfermero en los últimos años y la tendencia a que éstos realicen algunas tareas anteriormente hechas por los médicos, de manera muy precisa y acertada
4. La asesoría telefónica en salud para patologías de manejo ambulatorio, constituye un modelo de atención integral centrado en la medicina preventiva que refuerza los programas de promoción y prevención del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares mediante estrategias de educación y/u orientación telefónica realizada por profesionales en salud, que a corto plazo reduce los riesgos de infecciones cruzadas adquiridas en las salas de espera de las unidades de urgencias, a la vez que genera cultura de autocuidado y responsabilidad en el uso de los recursos disponibles de la Sanidad.
5. La implementación de una estrategia para reducir la demanda de atención en el servicio de urgencias para pacientes adultos con patologías de baja complejidad, impactaría positivamente al Hospital Militar Central desde el punto de vista asistencial, mejorando calidad de atención y satisfacción de los usuarios al descongestionar las áreas de urgencias y mejorar la oportunidad de acceso a consulta de pacientes con patologías de mediana complejidad. Sin embargo, lo impactaría negativamente, desde el punto de vista financiero, porque reduciría sus ingresos anuales en la prestación de un servicio que le esta generando aproximadamente \$1.400.000.000.

6. La estrategia de activar una central telefónica de asesoría en salud para patologías de baja complejidad en pacientes adultos usuarios del subsistema de salud de las Fuerzas Militares tendría un costo aproximado para la Dirección General de Sanidad Militar en su primer año de implementación \$489.360.000, lo que representa para el asegurador un ahorro de \$1.097.326.976 respecto a la cifra destinada para cancelar la atención de este grupo de pacientes en el servicio de Urgencias del Hospital Militar Central (ver tabla en anexo de costos).
7. La implementación de una estrategia para reducir la demanda de consultas al servicio de urgencias del Hospital Militar Central, además de descongestionar y mejorar la oportunidad de atención de patologías urgentes y de alta complejidad, requiere que la Dirección General de sanidad fortalezca en su red interna de atención en Bogotá, la accesibilidad y oportunidad de atención de consulta prioritaria para estas patologías consideradas de baja complejidad; así mismo deberá garantizar la integración permanente de esta central de asistencia telefónica a sus sistemas de información en salud, tareas que podrá adelantar reinvertiendo parte del presupuesto ahorrado (aproximadamente \$1.100.000.000 de pesos anuales) con la implementación de esta estrategia de atención en salud propuesta

BIBLIOGRAFÍA

1. BUNN F, BYRNE G, KENDALL S. Telephone consultation and TRIAGE: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD004180.
2. COMA, Eva, DELA HABA, Irma, COMABELLA, Rosa, et al. La atención telefónica urgente especializada: una manera de mejora en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2009; 21: 117-120. Central de Llamadas ICO24horas. Advance Medical-Barcelona, España.
3. COOKE MW, Arora P, Mason S. Discharge from TRIAGE: modelling the potential in different types of emergency department. *EmergMed J.* 2003;20:131-3.
4. GÓMEZ Francisco., MARTÍN Carmen., Indicadores de calidad en el "TRIAGE" (sic) telefónico de urgencias y emergencias. Carta al Director. *Rev Calidad Asistencial* 2006;21(4):220 Manuscrito recibido el 14 de febrero de 2006 y aceptado el 14 de marzo de 2006. Granada, España
5. GÓMEZ JIMÉNEZ J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de TRIAGE estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias.* 2003;15:165-74.
6. HOSPITAL PIO X. *Guías Clínicas de Consulta Externa.* Diez Primeas
7. Causas de Morbilidad. La tebaida. Quindío. 2009. Disponible en : <http://es.scribd.com/doc/73308878/12/GUIA-DE-MANEJO-PARA-RESFRIADO-COMUN>
8. ILADIBA. Lumbalgia. Volumen XX número 2. 04-04-2006. Disponible en: www.iladiba.com Consultado el 04 de Diciembre de 2014.
9. MANOSALVA MURILLO J. Rol del Enfermero en el área de Triage. *Revista Avances en enfermería.* Volumen XXXIII No.1. Enero – Junio 2005. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiii1_8.pdf. Consultado el 12 de octubre de 2013.
10. METROSALUD. Alcaldía de Medellín. Gobierno en Línea. Consultado 11 de enero de 2014. Disponible en: <file:///Users/samora/Desktop/TESIS%20GERENCIA%20EN%20SALUD/TRIAGE.webarchive>
11. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación Manual de Cargas y otros Factores de Riesgo en el Lugar de Trabajo.* Bogotá Diciembre de 2006.
12. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Guías Para Manejo de urgencias 2009* (Convenio federación panamericana de asociaciones de facultades escuelas de medicina FEPAFEM).
13. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Decreto 412 de 1992. FACULTAD DE MEDICINA. SALUD PUBLICA
14. MUNRO J, Nicholl J, O'CATHAIN A, KNOWLES E. Impact of NHS direct on demand for immediate care: observational study. *BMJ* 2000;321:150-

- 3.
15. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS). *Acute Upper respiratory tract infections: outpatient diagnosis and treatment*. Porto Alegre, RS, Brasil (Rio J) 2003; 79 Suppl I:S77 – S86.
16. QUINTANA TRIAS O. Bioètica i atenció urgent. 9a Jornada dels Serveis d'Urgències dels Hospitals de Catalunya. 1er Congrès Andorra de Medicina d'Urgències i Emergències. 20 d'octubre de 2001. Andorra la Vella. [Consultado el 8 de marzo de 2006] Disponible en: <http://www.collegidemetges.ad/sum/triatge.html>
17. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. *Guía práctica de salud. Resfriado Común. Enfermedades de la nariz, boca, garganta, oídos*. Noviembre de 2005.
18. SUBSH F, DUNN F, MCNICHOLL B, MARLOW J. Team TRIAGE improves emergency department efficiency. *EmergMed J*. 2004;21: 542-4.
19. TERRIS J, Leman P, O'CONNOR N, WOOD R. Making and IMPACT on emergency department flow: improving patient processing assisted by consultant at TRIAGE. *EmergMed J*. 2004;21:537-41.
20. UNIK M, GLAZNER JE, CHANDRAMOULI V, EMSERMANN CB, HEGARTY T, KEMPE A. Pediatric telephone call centers: how do they affect health care use and costs? *Pediatrics* 2007;119:e305-13.
21. UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. *Guía de Atención Médica de resfriado Común (Rinofaringitis Aguda)*. Proceso Bienestar Estudiantil. Subproceso Atención en Salud. Fecha de aprobación Febrero de 2008. Resolución No. 294. Disponible en https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.15.pdf. Consultada el 02 de Febrero de 2014.
22. VILLA VÉLEZ Álvaro, SANÍN BERNAL Alejandro, JOHNSON FERNÁNDEZ Luis Fernando, ACOSTA MONTOYA Jaime, URIBE ECHEVERRI Hernando. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Asociación colombiana de facultades de Medicina – Ascofame.2005.
23. WENNBERG DE., MARR A., LANG L. et cols. ¿Resulta efectiva una estrategia telefónica para mejorar el automanejo y la relación médico – paciente, y así reducir los costes en salud?. Artículo Original: A RANDOMIZED TRIAL OF A TELEPHONE CARE MANAGEMENT STRATEGY. *The New England Journal of Medicine* 2010; 363 (13): 1245-55.

ANEXOS

Anexo No.1
Estadísticas servicio Urgencias
Hospital Militar Central

2012

| Indicadores Servicio Urgencias HOMIC | Unidad | Meta | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|--|---------|------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| Número de Urgencias recibidas | Número | 9000 | 6283 | 6014 | 7030 | 6199 | 6796 | 5490 | 5406 | 5967 | 6153 | 6296 | 6090 | 4857 |
| Número de Pacientes Triage I | | | 251 | 284 | 354 | 254 | 203 | 109 | 108 | 60 | 123 | 126 | 60 | 97 |
| Comportamiento triage I | % | 2% | 4% | 5% | 5% | 4% | 3% | 2% | 2% | 1% | 2% | 2% | 1% | 2% |
| Número de Pacientes Triage II | | | 2262 | 1740 | 1124 | 2774 | 2379 | 2031 | 1783 | 1969 | 2093 | 1953 | 1827 | 1554 |
| Comportamiento triage II | % | 30% | 36% | 29% | 16% | 45% | 35% | 37% | 33% | 33% | 34% | 31% | 30% | 32% |
| Número de Pacientes Triage III | | | 3143 | 2160 | 2645 | 1317 | 3331 | 2745 | 2867 | 3282 | 3322 | 3525 | 3471 | 2622 |
| Comportamiento triage III | % | 60% | 50% | 36% | 38% | 21% | 49% | 50% | 53% | 55% | 54% | 56% | 57% | 54% |
| Número de Pacientes Triage IV | | | 627 | 1830 | 2907 | 1854 | 883 | 605 | 648 | 656 | 615 | 692 | 731 | 584 |
| Comportamiento triage IV | % | 10% | 10% | 30% | 41% | 30% | 13% | 11% | 12% | 11% | 10% | 11% | 12% | 12% |
| Oportunidad de atención I | Minutos | 5 | 9 | 8 | 14 | 11 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| Oportunidad de atención II | Minutos | 30 | 38 | 29 | 31 | 54 | 20 | 46 | 46 | 46 | 40 | 45 | 41 | 28 |
| Oportunidad de atención III | Minutos | 60 | 105 | 110 | 129 | 127 | 191 | 149 | 99 | 98 | 100 | 111 | 131 | 140 |
| Oportunidad de atención IV | Minutos | 90 | 254 | 287 | 321 | 259 | 291 | 239 | 282 | 252 | 200 | 234 | 428 | 320 |
| TASA DE MORTALIDAD | TASA | 1% | 0,11% | 0,12% | 0,09% | 0,06% | 0,30% | 0,16% | 0,07% | 0,08% | 0,12% | 0,14% | 0,08% | 0,04% |
| PORCENTAJE DE REINGRESO | % | 3% | 0,40% | 0,22% | 0,34% | 0,61% | 0,52% | 0,80% | 0,40% | 0,37% | 0,32% | 0,34% | 0,39% | 0,83% |
| PROMEDIO DE ESTANCIAS EN CAMA DE OBSERVACION | Horas | 6 | 11 | 12 | 13 | 15 | 14 | 15 | 16 | 15 | 14 | 16 | 15 | 12 |
| OPORTUNIDAD DE RESPUESTA DE INTERCONSULTA | Minutos | 60 | 105 | 124 | 108 | 133 | 177 | 624 | 390 | 278 | 234 | 436 | 311 | 418 |
| PRESION DE URGENCIAS A HOSPITALIZACION | % | 12% | 15% | 9% | 4% | 6% | 12% | 17% | 15% | 15% | 13% | 14% | 14% | 15% |
| Número de Referencias | Número | | // | // | // | // | // | // | // | 618 | 669 | 598 | 629 | 613 |
| Oportunidad de la Referencia | | | // | // | // | // | // | // | // | | | | | |

2013

| Indicadores Servicio Urgencias HOMIC | Unidad | Meta | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|---------|------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| Número de Urgencias recibidas | Número | 9000 | 6726 | 5356 | 6330 | 7636 | 7887 | 6683 | 6025 | 5867 | 5737 | 6662 | 6270 | 5615 |
| Número de Pacientes Triage I | | | 115 | 155 | 150 | 133 | 154 | 139 | 82 | 95 | 107 | 96 | 86 | 85 |
| Comportamiento triage I | % | 2% | 2% | 3% | 2% | 2% | 2% | 2% | 1% | 2% | 2% | 1% | 1% | 2% |
| Número de Pacientes Triage II | | | 2089 | 1903 | 2389 | 2614 | 2811 | 1641 | 1953 | 1998 | 1999 | 2194 | 2102 | 1795 |
| Comportamiento triage II | % | 30% | 31% | 36% | 38% | 34% | 36% | 25% | 34% | 34% | 35% | 33% | 34% | 32% |
| Número de Pacientes Triage III | | | 3899 | 2849 | 3311 | 4178 | 4213 | 4214 | 3394 | 3218 | 3045 | 3652 | 3389 | 3056 |
| Comportamiento triage III | % | 60% | 58% | 53% | 52% | 55% | 53% | 63% | 56% | 55% | 53% | 55% | 54% | 54% |
| Número de Pacientes Triage IV | | | 623 | 449 | 479 | 712 | 709 | 688 | 595 | 555 | 587 | 720 | 693 | 679 |
| Comportamiento triage IV | % | 10% | 9% | 8% | 8% | 9% | 9% | 10% | 10% | 10% | 10% | 11% | 11% | 12% |
| Oportunidad de atención I | Minutos | 5 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 |
| Oportunidad de atención II | Minutos | 30 | 63 | 77 | 68 | 75 | 80 | 69 | 64 | 55 | 63 | 74 | 58 | 49 |
| Oportunidad de atención III | Minutos | 60 | 114 | 162 | 149 | 132 | 129 | 131 | 116 | 123 | 113 | 95 | 70 | 79 |
| Oportunidad de atención IV | Minutos | 90 | 359 | 347 | 526 | 386 | 375 | 494 | 472 | 436 | 309 | 361 | 501 | 519 |
| Tasa de Mortalidad | TASA | 1% | 0,04% | 0,07% | 0,10% | 0,07% | 0,05% | 0,10% | 0,12% | 0,14% | 0,17% | | | |
| Porcentaje de Reingreso | % | 3% | 0,40% | 0,30% | 0,28% | 0,40% | 0,20% | 0,40% | 0,50% | 0,48% | 0,34% | | | |
| Promedio de Estancia Camas de Observación | Horas | 6 | 11 | 14 | 15 | 15 | 14 | 16 | 18 | 16 | 19 | | | |
| Oportunidad Respuesta a Interconsulta | Minutos | 60 | 206 | 267 | 192 | 208 | 235 | 234 | 237.86 | 215 | 258 | | | |
| Presión de Urgencias a Hospitalización | % | 12% | 15% | 14% | 12% | 15% | 16% | 14% | | | | | | |

Anexo No.2

**GUIAS DE MANEJO PARA ORIENTACIÓN TELEFÓNICA EN SALUD
Y FLUJOGRAMAS**

MANEJO AMBULATORIO DE LA RINOFARINGITIS AGUDA

DEFINICIÓN

También llamada “gripa”, “resfriado común”, “nasofaringitis” o “catarro común”, la Rinofaringitis es una infección respiratoria alta, caracterizada por la inflamación de la mucosa nasal y faríngea, producida por virus (rinovirus en el 50% de casos, pero también por otros virus como el adenovirus, virus sincitial respiratorio, etc). Es una enfermedad autolimitada y transmisible, adquirida al inhalar gotas de saliva expulsadas por el paciente enfermo al toser, estornudar o al contacto con manos o elementos igualmente contaminados. Es una enfermedad universal, se comporta como una epidemia, principalmente en áreas tropicales y en épocas de lluvia y se transmite entre los miembros de comunidades cerradas como guarderías, colegios, hospitales y universidades.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Tras un periodo de incubación de 2 a 5 días y uno de contagio entre el tercero y quinto días, que coincide con la mayor sintomatología, se presenta, los síntomas típicos de la inflamación del tracto superior: rinorrea, obstrucción nasal, respiración ruidosa, malestar general, mialgias, odinofagia, tos seca inicialmente seguida de expectoración, fiebre, escalofríos y cefalea, en algunos casos, por el compromiso gastrointestinal, se pueden presentar alteraciones del apetito, vómito y diarrea, principalmente cuando la infección es por adenovirus, en cuyo caso suelen aparecer hemorragias conjuntivales. En términos generales, se trata de una enfermedad de buen pronóstico, cuyos síntomas pueden durar entre 7 a 14 días, si no se sobre infecta con bacterias.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico, eminentemente clínico se basa en el antecedente de un contacto positivo, así como en sus síntomas y hallazgos clínicos. Dentro de los diagnósticos diferenciales se deben tener en cuenta las enfermedades eruptivas, cuyo cuadro clínico inicial es indistinguible de la Rinofaringitis, para posteriormente presentar los hallazgos típicos de cada una de ellas. Por ello la importancia de un buen interrogatorio, buscando contactos previos que así lo indiquen.

Factores de Riesgo

Es indispensable tener en cuenta que existen factores de riesgo para desarrollar complicaciones:

- Adulto mayor.

- Niños menores de 3 meses de edad.
- Fumadores.
- Embarazo.
- Diabetes.
- Asma.
- Inmunosupresión.
- Enfermedad crónica (falla cardíaca, EPOC, células falciformes etc.).

Signos de alarma

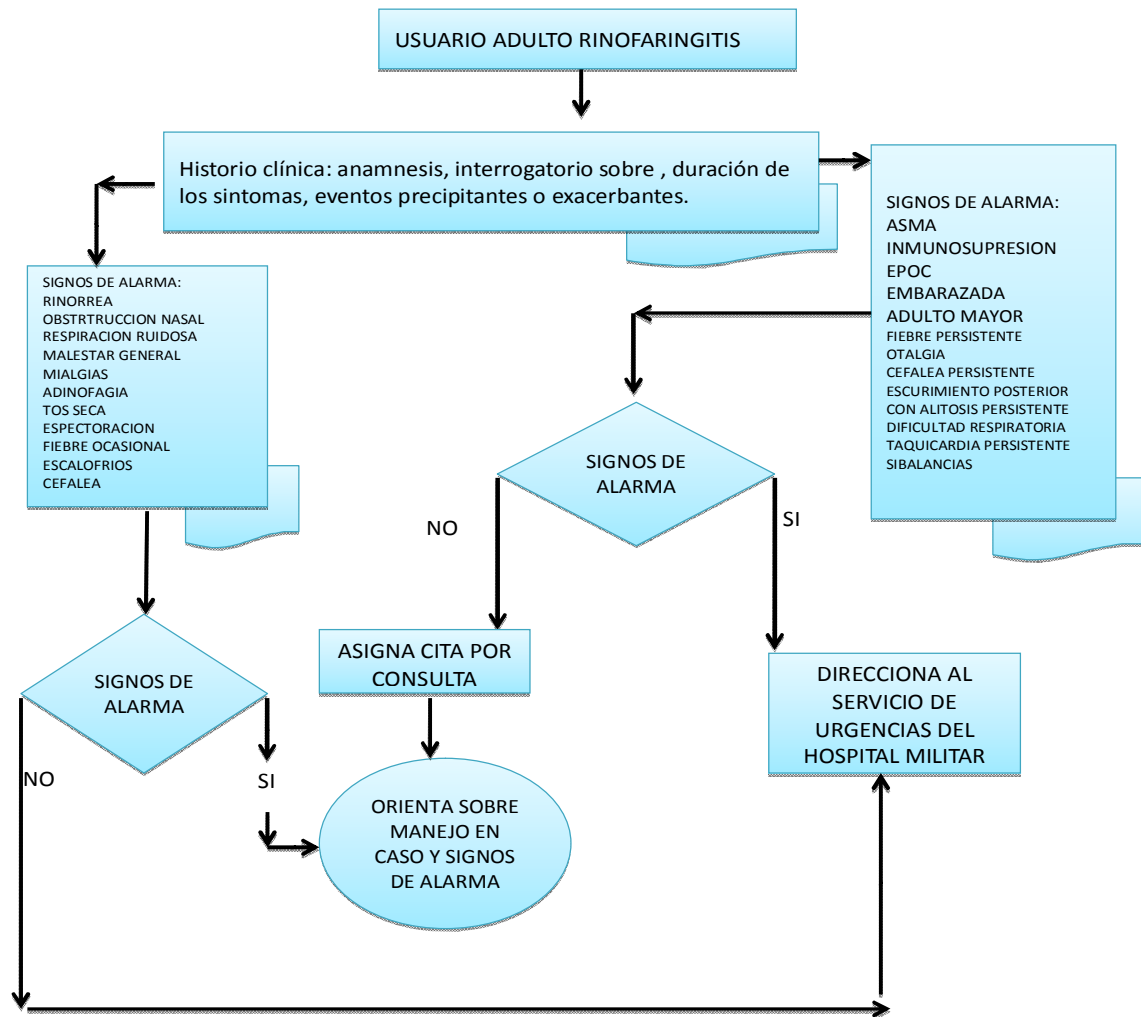
Los siguientes síntomas sugieren sobreinfección bacteriana y ameritan valoración médica ambulatoria o de urgencias, según su intensidad y compromiso del estado general:

- Fiebre persistente por mas de 3 días consecutivos
- Otagia
- Cefalea persistente
- Secreciones muco – purulentas persistentes
- Esgurrimiento posterior con halitosis persistente
- Dificultad respiratoria
- Taquicardia persistente
- Signos de broncoespasmo (sibilancias)

RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO DESDE EL TRIAGE TELEFÓNICO

- Higiene de manos y uso de tapabocas para evitar el contagio
- Higiene y descongestión nasal con solución salina normal
- Continuar con una alimentación e hidratación normales para ayudar a movilizar secreciones
- En caso de malestar general y dolor, se puede recurrir al acetaminofén como analgésico, previa confirmación de ausencia de síntomas sugestivos de alergia al medicamento. Evitar Acido Acetil salicílico ante la posibilidad de un Síndrome de Reyé si el cuadro es producido por virus de Influenza.
- Las medidas caseras como reposo en cama con adecuada ventilación, bebidas calientes con miel y limón, si bien no tienen ninguna evidencia científica, ayudan a aliviar la irritación faríngea y con ello, la tos.
- Abstenerse de usar antibióticos
- No recomendar antigripales o antitusígenos, por los posibles efectos adversos en pacientes susceptibles.

FLUJOGRAMA PARA MANEJO AMBULATORIO RINOFARINGITIS EN ADULTOS



FUENTES

1. HOSPITAL PIO X. *Guías Clínicas de Consulta Externa*. Diez Primeas Causas de Morbilidad. La tebaída. Quindío. 2009. Disponible en : <http://es.scribd.com/doc/73308878/12/GUIA-DE-MANEJO-PARA-RESFRIADO-COMUN>
2. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS). *Acute Upper respiratory tract infections: outpatient diagnosis and treatment*. Porto Alegre, RS, Brasil (Rio J) 2003; 79 Suppl 1:S77 – S86.
3. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. *Guía práctica de salud. Resfriado Común. Enfermedades de la nariz, boca, garganta, oídos*. Noviembre de 2005.
4. UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. *Guía de Atención Médica de resfriado Común (Rinofaringitis Aguda)*. Proceso Bienestar Estudiantil. Subproceso Atención en Salud. Fecha de aprobación Febrero de 2008. Resolución No. 294. Disponible en

MANEJO AMBULATORIO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA EN ADULTOS

DEFINICIÓN

Gastroenteritis es el término que se aplica en general a un grupo de trastornos de origen infeccioso, que producen sintomatología de pérdida de apetito, náuseas, vómitos, diarrea moderada a intensa, retortijones y malestar en el abdomen. Junto con los líquidos corporales se pierden electrólitos, particularmente el sodio y el potasio, que cuando lo hacen en grandes cantidades, conllevan a un desequilibrio electrolítico tal que puede provocar deshidratación, principalmente tratándose de personas muy enfermas, niños y ancianos

CAUSAS

Las epidemias de diarrea en lactantes, niños y adultos son generalmente causadas por microorganismos presentes en el agua o en los alimentos contaminados, habitualmente por heces infectadas. Las infecciones también se pueden transmitir de persona a persona, especialmente si alguien con diarrea no se lava bien las manos tras una evacuación. Las infecciones por un tipo de bacteria llamada Salmonella pueden adquirirse tras tocar reptiles, como tortugas o iguanas y luego llevarse los dedos a la boca.

Ciertas bacterias producen toxinas que hacen que las células de la pared intestinal aumenten la secreción de agua y electrólitos. Una de estas toxinas es la responsable de la diarrea acuosa, síntoma del cólera. Otra toxina producida por una bacteria muy común, la Escherichia coli (E. coli), puede causar la diarrea del viajero y algunos brotes de diarrea en los servicios hospitalarios. Ciertas variedades de E. coli, Campylobacter, Shigella y Salmonella (incluido el tipo que causa la fiebre tifoidea), invaden el revestimiento mucoso intestinal, dañando las células subyacentes y provocando ligeras ulceraciones que sangran y condicionan una pérdida considerable de líquido rico en proteínas, electrólitos y agua.

Además de las bacterias, ciertos virus, como el Norwalk y el Coxsackie, provocan gastroenteritis. Durante el invierno en las zonas de clima templado, los rotavirus causan la mayoría de los casos de diarrea, lo suficientemente graves como para que los lactantes y niños de 2 a 4 años tengan que ser hospitalizados. Además del estómago y del intestino, las infecciones por enterovirus y adenovirus también pueden afectar los pulmones.

Ciertos parásitos intestinales, particularmente la Giardia Lambia, más común en climas fríos, invaden o se adhieren al revestimiento intestinal y causan náuseas, vómitos, diarrea y un estado de malestar general. Si la enfermedad se hace persistente (crónica), puede impedir que el organismo absorba

nutrientes, lo cual genera un trastorno llamado síndrome de mal absorción. Otro parásito intestinal, denominado *Cryptosporidium*, provoca diarrea acuosa que a veces se acompaña de retortijones abdominales, náuseas y vómitos. En personas sanas, la enfermedad es generalmente leve, pero en los inmunodeprimidos, la infección puede ser grave o incluso mortal. Tanto la *Giardia* como el *Cryptosporidium* se adquieren básicamente al beber agua contaminada.

SÍNTOMAS

El tipo y la gravedad de los síntomas dependen del tipo y de la cantidad de la toxina o del microorganismo ingerido. También varían de acuerdo a la resistencia de la persona a la enfermedad. Los síntomas a menudo comienzan súbitamente con pérdida de apetito, náuseas o vómitos. Pueden presentarse murmullos intestinales audibles, retortijones y diarrea con o sin presencia de sangre y moco. Las asas intestinales pueden dilatarse con el gas y causar dolor. La persona puede tener fiebre, sentirse decaída, sufrir dolores musculares y notar cansancio extremo.

Los vómitos intensos y la diarrea pueden conducir a una marcada deshidratación y a una intensa hipotensión (disminución de la presión arterial). Tanto los vómitos excesivos como la diarrea pueden causar una grave pérdida de potasio, que se traduce en bajos valores sanguíneos de éste (hipopotasemia), así como en los valores de sodio (hiponatremia), particularmente si la persona repone el volumen perdido bebiendo sólo líquidos que contengan poca sal (como el agua y el té). Todos estos desequilibrios son potencialmente graves.

ENTIDADES ESPECÍFICAS

Colitis hemorrágica

La colitis hemorrágica es un tipo de gastroenteritis en la que cierta variedad de la bacteria *Escherichia coli* (*E. coli*) infecta el intestino grueso y produce toxinas que causan una diarrea súbita con sangre y a veces otras graves complicaciones. Una de las variedades más frecuentes de *E. coli* que causan colitis hemorrágica se llama *E. coli* O157:H7. Esta variedad se encuentra en los intestinos del ganado vacuno sano. Los brotes se pueden desencadenar al ingerir carne mal cocinada o por beber leche de vaca no pasteurizada. La enfermedad también puede ser transmitida de persona a persona, sobre todo entre niños que usan pañales. La colitis hemorrágica puede ocurrir en personas de todas las edades. Las toxinas de *E. coli* dañan el revestimiento mucoso del intestino grueso. Si son absorbidas y pasan al flujo sanguíneo, pueden afectar a otros órganos, como el riñón.

Los síntomas se caracterizan por la presencia de retorcijones abdominales intensos y de comienzo súbito, junto con diarrea acuosa que típicamente se vuelve sanguinolenta en las primeras 24 horas. El médico generalmente sospecha una colitis hemorrágica cuando una persona indica haber tenido

diarrea con sangre. Para establecer el diagnóstico, se analizan muestras de heces buscando *E. coli*. Estas muestras deben obtenerse dentro de la primera semana o al iniciarse los síntomas.

Intoxicación alimentaria por estafilococo

La intoxicación alimentaria por estafilococos ocurre al ingerir alimentos contaminados por toxinas de ciertas variedades de estafilococos, que son bacterias muy comunes; como resultado se producen vómitos y diarrea. El riesgo de un brote de infección es alto cuando las personas que manipulan alimentos tienen infecciones en la piel y contaminan la comida que se halla a temperatura ambiente, permitiendo así que las bacterias proliferen y produzcan sus toxinas. Los alimentos típicamente susceptibles de contaminación incluyen las natillas, la pastelería de crema, la leche, la carne en conserva y el pescado.

Los síntomas se inician generalmente de forma súbita con intensas náuseas y vómitos, alrededor de 2 a 8 horas después de ingerir los alimentos contaminados. Otros síntomas pueden incluir retortijones abdominales, diarrea y a veces dolor de cabeza y fiebre. La importante pérdida de líquidos y electrolitos puede causar debilidad y presión arterial baja (shock). La sintomatología generalmente dura menos de 12 horas y la recuperación suele ser completa. Ocasionalmente, la contaminación alimentaria resulta mortal, sobre todo en jóvenes, en personas de edad avanzada y en los debilitados por enfermedades crónicas. Habitualmente los síntomas son suficientes para que el médico establezca el diagnóstico. En general, otras personas que consumen los mismos alimentos se ven afectadas de modo similar y el trastorno puede ser atribuido a una sola fuente de contaminación. Para confirmar el diagnóstico, el laboratorio debe identificar el estafilococo en el alimento sospechoso. El estudio al microscopio de las muestras de vómito también puede evidenciar la presencia estafilococos.

Cuando los síntomas son graves, el médico puede administrar inyecciones o prescribir supositorios para ayudar a controlar las náuseas. A veces, la pérdida de líquidos es tal que se tienen que reponer por vía intravenosa. La administración rápida de líquidos y electrolitos por vía intravenosa a menudo proporciona una gran mejoría.

Diarrea del viajero

La diarrea del viajero (también llamada catarro intestinal, gripe intestinal o intestino del turista) es un trastorno caracterizado por deposiciones diarreicas, náuseas y vómitos que afectan con relativa frecuencia a las personas que viajan. Los organismos más proclives a causar la diarrea del viajero son los tipos de *Escherichia coli* que producen ciertas toxinas y algunos virus como el Norwalk.

Las náuseas, los vómitos, los ruidos intestinales, los retortijones abdominales y la diarrea pueden presentarse combinados y con un grado variable de gravedad. Los vómitos, el dolor de cabeza y los dolores musculares son

particularmente frecuentes en las infecciones causadas por el virus Norwalk. En general, los casos son leves y desaparecen sin tratamiento. En raras ocasiones se necesitan pruebas de laboratorio.

El subsalicilato de bismuto puede ofrecer cierta protección. El beneficio que ofrecen los antibióticos a modo de prevención es controvertido, pero se pueden recomendar estos fármacos para las personas especialmente propensas a las consecuencias de la diarrea del viajero, como los inmunodeprimidos. El tratamiento incluye beber líquidos abundantes e ingerir una dieta blanda.

Los antibióticos no se recomiendan para la diarrea leve, a menos que la afectada presente fiebre o sangre en las heces. Estos fármacos pueden causar daño al eliminar las bacterias que habitan normalmente en las heces, favoreciendo el crecimiento de otras que son resistentes a dichos fármacos.

APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA Y TERAPÉUTICA DE LA EDA

Actividades de promoción, prevención y detección temprana. En general, las causas de la diarrea están relacionadas con los estándares de higiene de los alimentos, los servicios higiénicos, el suministro de agua potable y a la estacionalidad. La educación adecuada a la población sobre las técnicas de higiene y de potabilización del agua son muy efectivas para reducir la aparición de los brotes de esta enfermedad. Ante cualquier caso diagnosticado se debe hacer referencia a esta educación para evitar la aparición de nuevos episodios en los mismos individuos.

En pacientes con antecedente de viajar de una región a otra, sobre todo de un país a otro, se debe sospechar diarrea del viajero. El diagnóstico de gastroenteritis es generalmente obvio a partir de la sintomatología, pero no así su causa. En ocasiones, otros miembros de la familia o compañeros de trabajo han estado recientemente enfermos con síntomas similares. Otras veces, la persona puede relacionar la enfermedad con alimentos inadecuadamente cocinados, en mal estado o contaminados, como la mayonesa que ha permanecido mucho tiempo fuera del frigorífico o los mariscos crudos. Los viajes recientes, especialmente a ciertos países, pueden asimismo aportar datos para el diagnóstico. El diagnóstico se hace a través de la historia clínica: un correcto interrogatorio sobre las características de la deposición y la presentación de los síntomas asociados debe guiar en el diagnóstico de la entidad. Deposiciones acuosas, claras no fétidas, asociada o no con fiebre deben sugerir un diagnóstico de origen viral de la diarrea.

La presencia de fiebre, deposiciones fétidas, rápida deshidratación, presencia de moco o exudados debe alertar sobre el origen bacteriano de la diarrea.

Si se presenta moco, sangre, tenesmo, pujo y dolor abdominal tipo cólico podemos pensar en origen amebiano.

TRATAMIENTO

El eje central del tratamiento es evitar la deshidratación de los pacientes y en intervenir rápidamente las diarreas de origen infeccioso.

Determinar si el manejo es ambulatorio u hospitalario depende del grado de deshidratación y tolerancia a la vía oral del paciente.

1. En las deshidrataciones leves o moderadas con tolerancia a la vía oral las sales de rehidratación oral son las que tienen mayor evidencia de efectividad para el control de esta enfermedad, solo superado por las sales de rehidratación a base de arroz que mostraron una disminución significativa en el volumen de las deposiciones en 24 horas.
2. En pacientes con deshidratación severa, el manejo debe ser hospitalario para determinar el diagnóstico exacto e iniciar rehidratación parenteral.
3. Habitualmente, el único tratamiento necesario para la gastroenteritis es la ingestión de líquidos adecuados. Incluso una persona que esté vomitando debe tomar pequeños sorbos de líquido para corregir la deshidratación, lo que a su vez puede ayudar a que cesen los vómitos. Si éstos se prolongan o el individuo se deshidrata gravemente, puede ser necesario administrar los líquidos por vía intravenosa.
4. A medida que los síntomas mejoran, el paciente puede añadir gradualmente a la dieta comidas blandas como cereales cocinados, plátanos, arroz, compota de manzana y pan tostado. Si la modificación de la dieta no corta la diarrea después de 12 a 24 horas y si no hay sangre en las heces que indique una infección bacteriana más importante.
5. Una cuidadosa preparación de los alimentos puede prevenir la contaminación alimentaria por estafilococos. Cualquiera que tenga una infección estafilocócica en la piel, como forúnculos o impétigo, no debe manipular alimentos para otros hasta que se encuentre libre de la infección. El tratamiento generalmente consiste en beber líquidos adecuados.}
6. Como los antibióticos pueden causar diarrea y favorecer el crecimiento de organismos resistentes a los mismos, raramente resulta apropiado su uso, aun en el caso de que una bacteria conocida esté produciendo la gastroenteritis. Sin embargo, los antibióticos se pueden usar cuando los causantes son ciertas bacterias como el *Campylobacter*, la *Shigella* y el *Vibrio cólera*

RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO DESDE EL TRIAGE TELEFÓNICO

1. El tratamiento de la diarrea aguda se ha basado en la terapia simple y eficaz de la rehidratación oral. El principio del tratamiento de la diarrea incluye el reconocimiento del papel de los suplementos de zinc para reducir la severidad de la enfermedad y la aparición y el desarrollo de una solución de rehidratación oral de baja osmolaridad para uso global.
2. Se debe mantener una ingesta adecuada de líquidos.
3. En adultos el consumo de alimentos sólidos debe guiarse por el apetito pero en general, lo indicado es ofrecer colaciones pequeñas y livianas, pero más frecuentes.

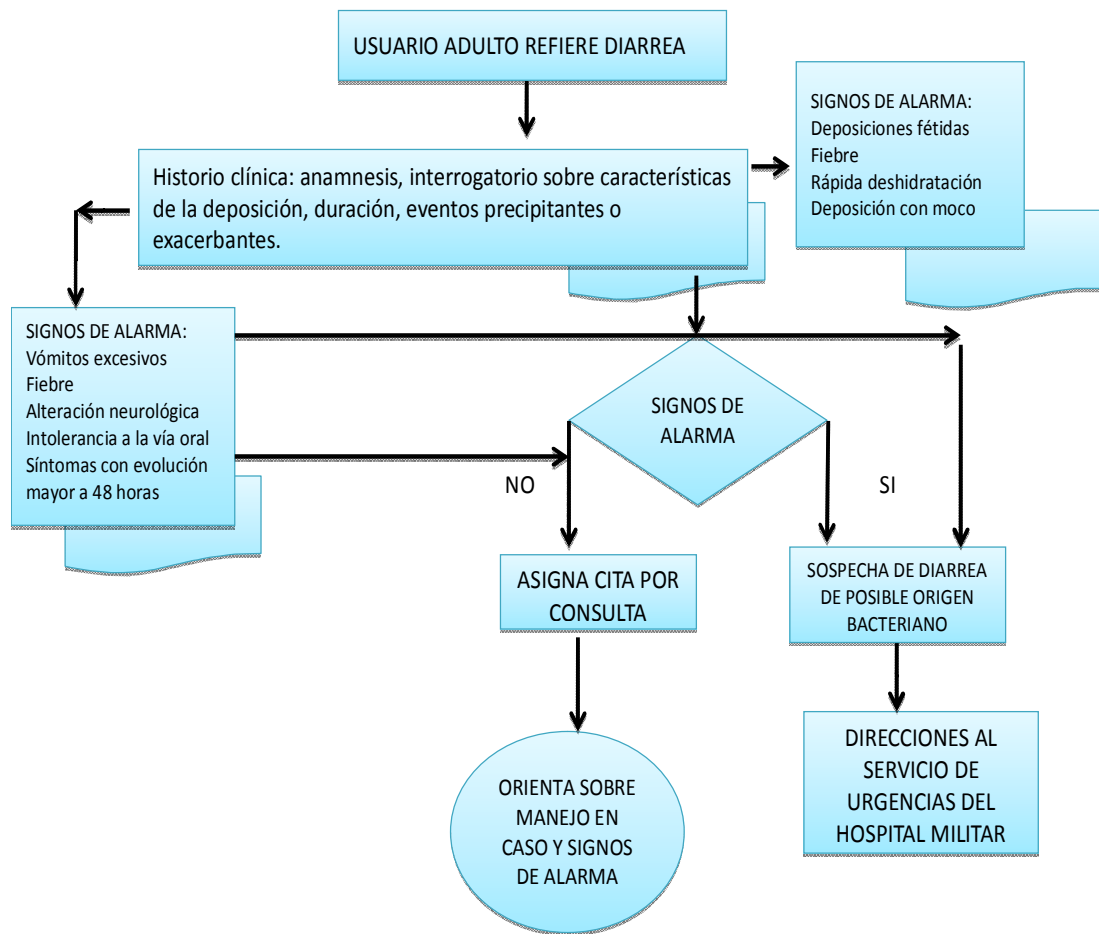
4. Independientemente del agente etiológico, los casos más leves de diarrea no disintérica que no presenten complicaciones - tanto en niños como en adultos - pueden manejarse en el domicilio utilizando SRO o líquidos, según corresponda.
5. Impartir instrucciones precisas que les permitan detectar a los pacientes, los signos de deshidratación para que sepan cuándo es preciso acudir a un servicio de emergencias. La intervención precoz y la administración temprana de SRO reducen la deshidratación, la desnutrición y otras complicaciones, además de reducir el número de consultas a la clínica y tal vez también el número de internaciones y muertes.
6. La *automedicación* es una medida segura en adultos por otra parte sanos. Alivia las molestias y la disfunción social. No existen evidencias de que prolongue la enfermedad. Sin embargo, dado que en la áreas rurales y en bajos estratos socioeconómicos son más frecuentes los tipos de diarrea que requieren intervenciones específicas, tal vez estos pacientes no sean capaces de evaluar su enfermedad.

*****Receta de líquidos orales caseros**

Preparar 1 L de líquidos orales utilizando sal, azúcar y agua en el hogar. Los ingredientes a mezclar son:

- Una cucharada al ras de sal.
- Ocho cucharadas al ras de azúcar.
- Un litro (cinco tazas) de agua potable limpia, o agua que ha sido hervida y luego dejada enfriar

FLUJOGRAMA PARA MANEJO AMBULATORIO DE DIARREA EN ADULTOS



FUENTES

1. BROWMAN GP. Development and aftercare of clinical guidelines: the balance between rigor and pragmatism. JAMA. 2001;286(12):1509-11.
2. CLARK E, DONOVAN E F, SCHOETTKER P. From outdated to updated, keeping clinical guidelines valid. Int J Qual Health Care. 2006;18(3):165–6.
3. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. The guidelines manual [internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence 2009 [acceso 10 de junio de 2008]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevelopmentmethods>
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE GASTROENTEROLOGÍA. Guía práctica de Diarrea Aguda en Niños y Adultos. Febrero de 2012.
5. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. SIGN 50: a guideline developers' handbook [Internet]. Edinburgh: SIGN;2004 [acceso 10 de junio de 2008]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/>

6. SOMERFIELD MR, EINHAUS K, HAGERTY KL, BROUWERS MC, SEIDENFELD J, LYMAN GH. American Society of Clinical Oncology. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY CLINICAL PRACTICE GUIDELINES: opportunities and challenges. J Clin Oncol. 2008;26(24):4

MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON DOLOR LUMBAR.

DEFINICIÓN

El dolor lumbar constituye una patología frecuente de consulta para la población adulta mundial, se calcula que el 90% de los seres humanos en algún momento de su vida sufrirán de un episodio de lumbago, patología que en la mayoría de los casos se convertirá en episódica y repetitiva. En Colombia el dolor lumbar se encuentra entre las 10 primeras causas de diagnóstico de enfermedades generales y profesionales reportadas por las EPS.

El dolor lumbar inespecífico (CIE 10: M54) se define como la sensación de dolor o molestia localizada entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos, cuya intensidad varía en función de las posturas y la actividad física y suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento. Puede asociarse a dolor referido o irradiado.

La lumbalgia hace parte de los desórdenes músculo-esqueléticos que incluyen alteraciones de músculos, tendones, vainas tendinosas, síndromes de atrapamientos nerviosos, alteraciones articulares y neurovasculares. Las causas de dolor lumbar son múltiples y pueden estar relacionadas con patologías congénitas, infecciosas, inflamatorias, tumorales y traumáticas. Sin embargo, la etiología exacta del dolor lumbar no llega a ser identificada en el 50% de los casos (Freymoyer 1988). En su diagnóstico, se debe descartar que el dolor no se deba a fracturas, enfermedades sistémicas (colagenosis, infecciones, neoplasias, endocrinopatías etc.) ni a compresión radicular. La duración promedio de los episodios agudos sintomáticos es de cuatro semanas independiente al tratamiento instaurado en el 90% de los casos. Se recomienda tener en cuenta los siguientes factores de riesgo al momento de realizar la anamnesis durante el enfoque del diagnóstico del dolor lumbar : trabajos físicos pesados, levantamiento de cargas, posturas forzadas de la columna.

CLASIFICACIÓN

- 1. Dolor lumbar no radicular:** Es la presentación más frecuente de dolor lumbar y se denomina lumbalgia mecánica. Se caracteriza por ser un dolor regional, sin irradiación y sin evidencia de compromiso en el estado general del paciente a nivel postural, funcional o muscular. Se modifica con el movimiento o con los cambios de posición.

Los hallazgos clínicos son escasos y en muchos pacientes se aprecia la falta de acondicionamiento físico (debilidad de los músculos abdominales, acortamiento de los músculos isquiotibiales y trastorno postural) o sobreuso muscular y de tejidos blandos, luego de una práctica exagerada de una actividad física (deporte o trabajo), sin un acondicionamiento o calentamiento previo. Los hallazgos radiológicos usualmente son

negativos. En los pacientes con dolor lumbar, los factores agregados como la obesidad y sedentarismo, empeoran el pronóstico.

- 2. Dolor lumbar radicular:** Es el dolor lumbar originado de la compresión mecánica radicular (hernia del disco), aunque se han identificado otros mecanismos micro vasculares e histoquímicos del disco que alteren la fisiología de la raíz nerviosa causando la presentación de dolor. La hernia del núcleo pulposo vertebral ocurre en 90% de las veces en los espacios L4-L5 y L5-S1 produciendo lumbalgia, espasmo muscular, escoliosis antálgica y debilidad dorsiflexora del pie y dedos

La discopatía crónica es otra causa de dolor lumbar, generado por osteocondrosis, engrosamiento del anillo fibroso, esclerosis ósea, osteofitosis que llevan al estrechamiento del foramen intervertebral, que a su vez genera compresión de la raíz nerviosa, produciendo un cuadro clínico de irritación radicular similar al de la compresión mecánica. Ocasionalmente, los síntomas radiculares en pacientes ancianos con estrechamiento del canal raquídeo se confunden con la claudicación vascular en donde el dolor es producido por patologías vasculares arteriales compresivas o estenóticas.

- 3. Dolor lumbar no orgánico:** El dolor aparece relacionado con fenómenos psicosomáticos sin identificar una causa orgánica (mecánica) responsable. Algunos pacientes con personalidades predispuestas pueden sufrirlo si tienen trastornos en su entorno psicosocial (ansiedad y o depresión) lo que genera la aparición de múltiples manifestaciones orgánicas incluyendo el dolor lumbar (somatización). El paciente con lumbago no orgánico es quejumbroso, sus dolores son múltiples y sin un patrón racional de comportamiento clínico; sus respuestas al interrogatorio son agresivas, evasivas o desembocar en una actitud mutista.

DIAGNÓSTICO:

Se recomienda evaluar desde la primera consulta médica la semiología del dolor (localización, factor desencadenante, factores de exacerbación, factores que lo mejoran, irradiación), severidad del dolor, tiempo de evolución, limitación funcional, factores de riesgo laboral, psicosociales y signos de alarma. Para ello resulta útil el acróstico ALICIA:

Aparición: Tiempo transcurrido desde el inicio del dolor, lugar de aparición, etc.

Localización: Sitio anatómico de mayor dolor

Intensidad: Magnitud de la percepción que el paciente tiene de su dolor, medida a través de la escala análoga del dolor, en la cual se pide al paciente que califique su dolor, siendo cero nada de dolor y 10 el peor dolor imaginable. Una calificación entre uno y tres es compatible con dolor leve, entre cuatro y seis es moderado y más de siete se considera severo.

Concomitantes: qué otros signos acompañan al dolor (sudoración, palidez, náuseas u otros signos neurovegetativos).

Irradiación:

Atenuación o Agravamiento:

Signos de alarma

Se han establecido una serie de hallazgos considerados de particular importancia en la historia clínica y el examen físico, los cuales se han denominado “banderas rojas”, porque su presencia debe alertar al médico sobre la posibilidad de una enfermedad más seria que explique el dolor.

Banderas rojas en dolor lumbar

- Edad de inicio antes de los 20 años o después de los 55 años
- Historia reciente de trauma importante
- Dolor constante, progresivo, no mecánico (no se alivia con el reposo)
- Dolor que empeora de noche
- Dolor torácico
- Antecedente de neoplasias malignas (o sospecha fuerte de neoplasias malignas)
- Uso prolongado de cortico esteroides
- Abuso de drogas ilícitas, inmunosupresión, VIH
- Malestar general
- Pérdida no explicada de peso
- Deformidad estructural
- Fiebre, infección urinaria reciente o herida penetrante cerca de la columna
- Pérdida sensitiva o motora progresiva
- Historia de osteoporosis
- Falta de mejoría después de seis semanas de manejo conservador apropiado
- Anestesia en silla de montar, ciática bilateral, dificultad para orinar o incontinencia fecal.

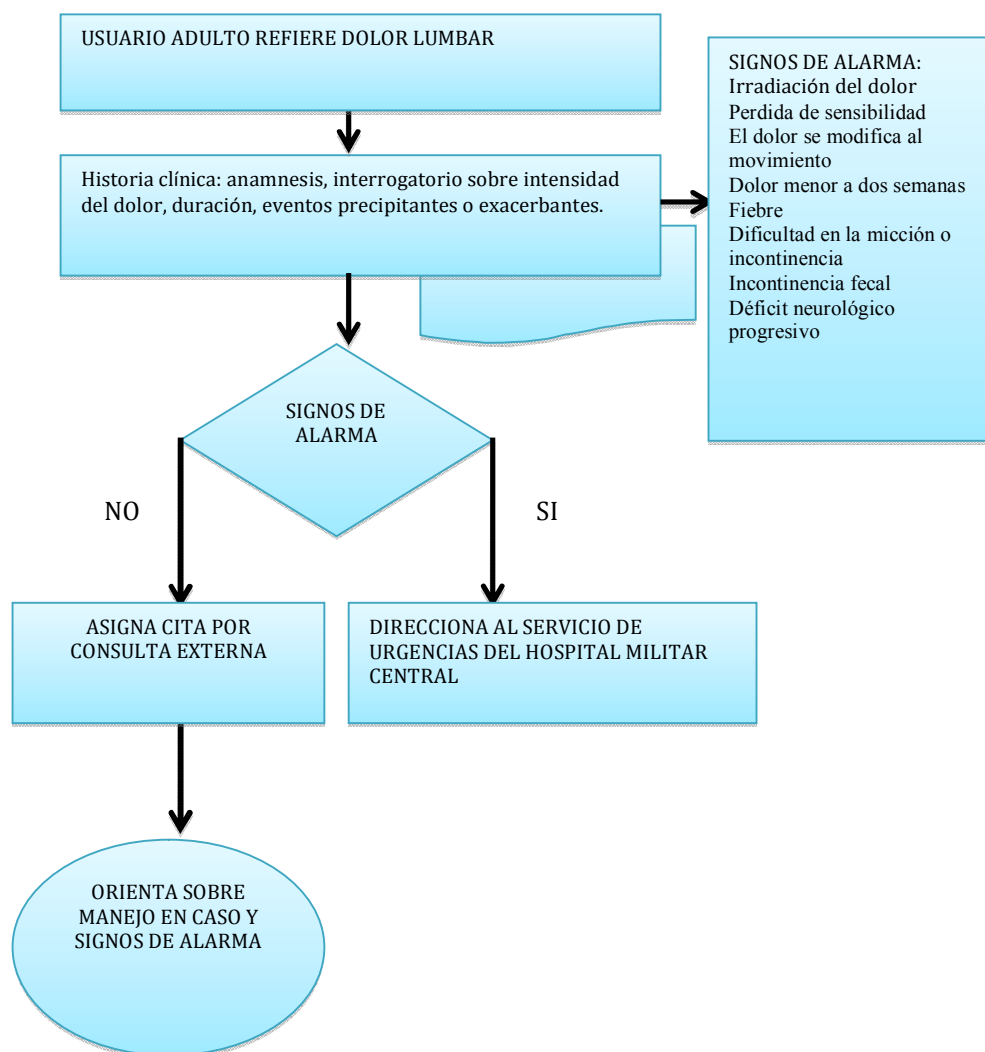
Recomendaciones de autocuidado desde el TRIAGE telefónico

- Informar al paciente que ésta es una entidad autolimitada y que no implica la presencia de enfermedades graves asociadas.
- No es recomendable el reposo prolongado en cama si no existe limitación funcional importante y en ningún caso deberá prolongarse por más de dos días. La actividad de la vida diaria es indispensable para disminuir la intensidad del dolor y promover una más rápida recuperación.
- Utilizar un colchón nuevo (ortopédico) y dormir de medio lado y en posición fetal, de medio lado, apoyando la cabeza en una almohada no muy alta, con las rodillas flexionadas y con una almohada delgada entre ellas. En posición boca arriba, es necesario colocar una almohada gruesa debajo de las rodillas y una delgada y pequeña en el área lumbar. Se debe evitar dormir boca abajo, pero en caso que deba

hacerlo, es necesario poner una almohada pequeña en el abdomen y otra a la altura de los tobillos.

- Evitar levantarse de golpe de la cama, se debe apoyar el brazo que queda libre en el borde de la cama, bajar una pierna primero y luego la otra e incorporarse lentamente hasta sentarse en la cama. Luego ponerse de pie.
- Evitar el uso de zapatos de tacón alto, ya que puede repercutir paulatinamente en los arcos naturales de la espalda.
- Si se permanece mucho tiempo en asientos de automóviles o de la oficina, usar un cojín ergonómico pequeño y ubicado de forma tal que pueda brindar soporte a la espalda de tal manera que pueda recostarse con un ángulo de unos 110 grados.
- Cuidar la forma de levantar los objetos, doblando para ello las rodillas, no la espalda, realizando el esfuerzo con las piernas y manteniendo los objetos cerca del cuerpo (hasta la altura del pecho). De igual forma, evitar el traslado de carga excesiva, es necesario solicitar ayuda y planear el trabajo antes para poder dar pasos seguros.
- Cuidar la salud mental, para evitar que la depresión produzca dolor de espalda.
- El deporte es la mejor prevención para evitar el dolor de espalda ya que ayuda a desarrollar la musculatura. Rutinas de Pilates y natación son los más indicados para mantener fuertes y flexibles los músculos de la espalda y abdomen.

FLUJOGRAMA PARA MANEJO AMBULATORIO DE DOLOR LUMBAR



FUENTES

- ILADIBA. Lumbalgia. Volumen XX número 2. 04-04-2006. Disponible en: www.iladiba.com Consultado el 04 de Diciembre de 2014.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención integral basada en la evidencia para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal relacionados con la manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo. Bogotá. Diciembre de 2006.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías para manejo de urgencias 2009 (Convenio federación panamericana de asociaciones de facultades escuelas de medicina FEPAFEM).
- VILLA VÉLEZ Álvaro, SANÍN BERNAL Alejandro, JOHNSON FERNÁNDEZ Luis Fernando, ACOSTA MONTOYA Jaime, URIBE ECHEVERRI Hernando. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Asociación colombiana de facultades de Medicina – Ascofame.2005.

MANEJO DE PACIENTES AMBULATORIOS CON CEFALEA

DEFINICIÓN

Dolores o molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza (hueso, tejidos blandos y vasos sanguíneos). Es una de las causas más frecuentes de consulta a los servicios de urgencias a nivel mundial. En el año 2005 la Sociedad Internacional de Cefalea efectuó la primera revisión de la clasificación clínica de las cefaleas que se usa en la práctica médica actual.

Cefaleas primarias: Aquellas cefaleas no relacionadas con otra enfermedad o afecciones sistémicas: Migraña, Cefalea tensional, Clúster y otras cefalalgias del trigémino, Cefalea en puñalada o en punzón de hielo, Cefalea con la tos, Cefalea desencadenada con el ejercicio y Cefalea asociada a la actividad sexual

Cefaleas secundarias: Cefaleas que ocurren en relación temporal con otra enfermedad que es causa conocida de la cefalea: Trauma, Desórdenes vasculares, Desórdenes no vasculares, Abuso o abstinencia de sustancias, Infecciones sistémicas, Desórdenes metabólicos, Dolores odontológicos-faciales y Neuralgias craneales.

DIAGNÓSTICO

Para la evaluación de los pacientes con dolor de cabeza es importante un interrogatorio dirigido a los síntomas lo que permitirá realizar un diagnóstico correcto.

El examen físico y los paraclínicos son normales en la mayoría de estos enfermos y por tanto resulta fundamental determinar la relación del dolor de cabeza con otros eventos fisiológicos o con el uso de medicamentos.

La localización del dolor puede ayudar a aclarar el diagnóstico como sucede en la neuralgia del trigémino y en la cefalea tensional.

Es importante utilizar terminología y clasificación común para así poder unificar diagnósticos entre los diferentes grupos de pacientes. Los antecedentes personales o familiares del enfermo pueden ayudar a enfocar el diagnóstico de la cefalea.

El manejo habitual de los dolores de cabeza por los pacientes debe ocupar un lugar en el interrogatorio, en particular en cuanto al manejo con analgésicos, puesto que muchos de los pacientes que acuden a los servicios de consulta externa o urgencias presentan cefaleas definidas como crónicas o diarias.

Factores de riesgo

Son aquellos que incrementan la probabilidad de sufrir de un dolor de cabeza entre los cuales se destacan:

Edad: Las cefaleas tipo migraña son mas frecuentes entre los 20 y 50 años de edad mientras las cefaleas tipo tensional se presentan principalmente en personas mayores de 50 años. Respecto a las cefaleas tipo racimo se diagnostica en los hombres entre los 20 y 40 años de edad y en las mujeres después de los 60 años. El riesgo es más grande entre los 20 y 40 años de edad en hombres, mientras que las mujeres tienen un inicio más tarde a la edad de 60 años y más

Del estilo de vida: Malas posturas músculo esqueléticas pueden provocar dolores de cabeza por tensión. En el caso de las cefaleas migrañosas se deberán considerar Falta de sueño, ayunos, consumo de bebidas alcohólicas, ejercicio excesivo, consumo de alimentos ricos en nitratos y glutamato de sodio (vino tinto, nueces, quesos y chocolates), estrés y viajes prolongados. Los dolores de cabeza en racimo ocurren más frecuentemente en fumadores, trabajadores en turnos nocturnos y en bebedores de alcohol.

Condiciones Médicas: Que se asocian con la tensión de los músculos en el cuello, rostro, y cuero cabelludo (Depresión, Anemia, Ansiedad, problemas dentales, insomnio, apnea del sueño y artritis cervicales). El someterse a una cirugía o sufrir un trauma craneano incrementa el riesgo de presentar una cefalea en racimos.

Sexo: Las mujeres tienen riesgo más alto de dolores de cabeza por tensión y migrañas que los hombres. Los dolores de cabeza por migraña son más comunes entre mujeres; con una proporción de 3:1. Los hombres presentan un riesgo mas alto de presentar una cefalea de racimos en una proporción 6:1 respecto a las mujeres.

Factores Genéticos: El 40% de las personas con dolor de cabeza por tensión tienen un antecedente familiar positivo. Las migrañas en el 90% de los pacientes se pueden documentar un historial familiar para esta patología.

Fármacos: El uso de ciertos medicamentos están en capacidad de desencadenar una migraña, en personas susceptibles (anovulatorios orales, vasodilatadores y algunos analgésicos).

Otros Factores: Las migrañas podrían ser desencadenadas por la vasodilatación cerebral secundaria a ciertas situaciones cotidianas (menstruación, luces deslumbrantes, video juegos, olores fuertes y fatiga crónica).

Signos de alarma

Es importante recordar al atender un paciente con dolor de cabeza tener en cuenta los siguientes signos de alerta:

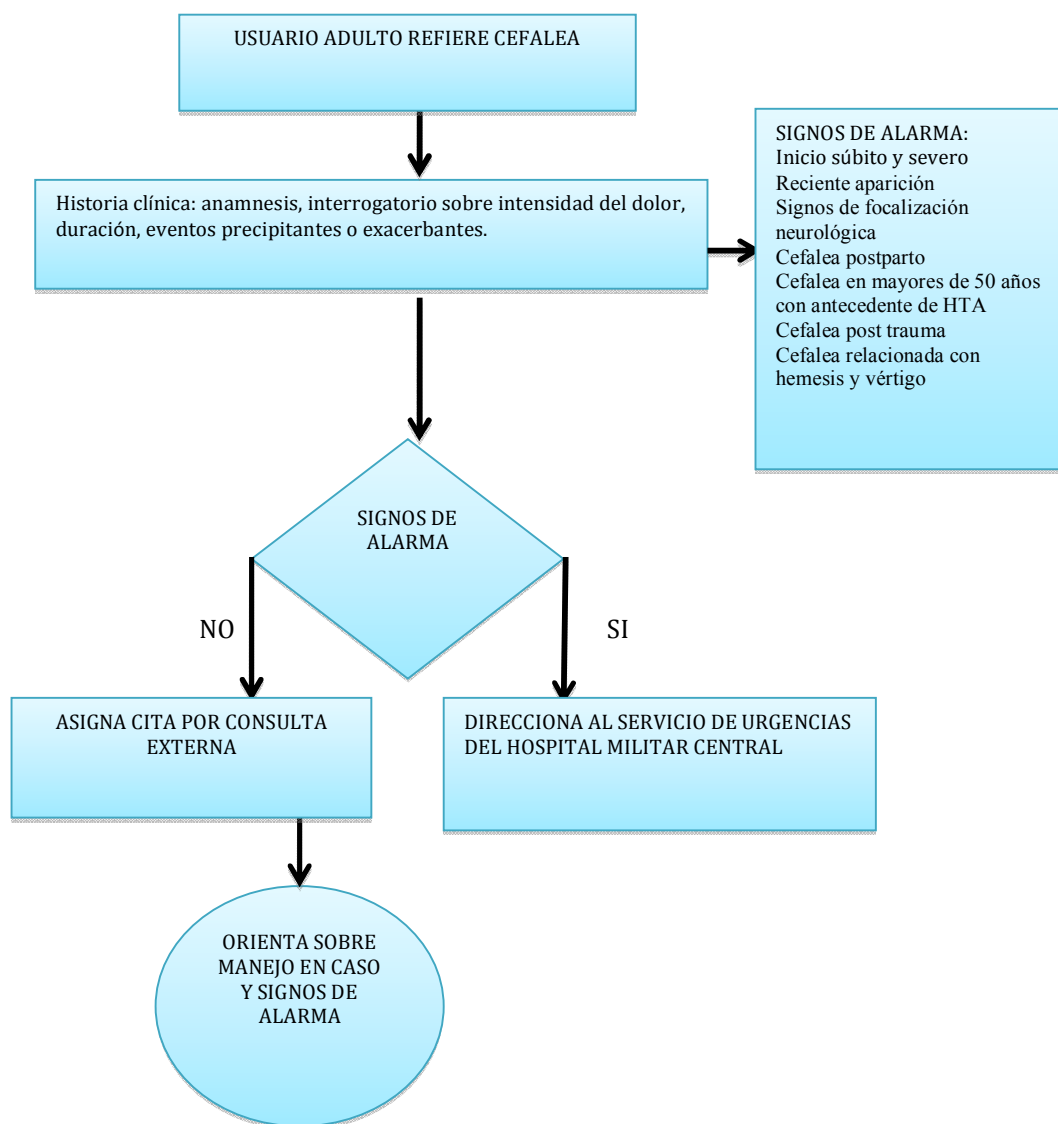
1. Nueva aparición o cambio del patrón de la cefalea en pacientes mayores de 50 años

2. Cefalea que cambia con la postura
3. Dolor de cabeza que despierta al paciente
4. Signos que indiquen cefalea secundaria (rigidez nuchal, alteraciones visuales, focalización neurológica, claudicación mandibular).
5. Presentar focalización neurológica (alteración del estado de consciencia, déficit motores o sensitivos).
6. Cefalea precipitada por esfuerzo físico o maniobras de valsalva.
7. La Arteritis Temporal, los Accidentes Cerebrovasculares y la Emergencia Hipertensiva (cefaleas secundarias) se presentan en pacientes mayores de 50 años a diferencia de las cefaleas primarias.
8. Nuevo inicio de cefalea en pacientes con historia de infección por VIH.
9. El dolor de inicio reciente que despierta al enfermo sugiere una causa orgánica
10. El dolor súbito, intenso, explosivo o incapacitante debe hacer pensar en una hemorragia subaracnoidea.
11. Cefalea de inicio reciente en pacientes con cáncer.
12. Toda cefalea postraumática obliga a descartar hemorragias o contusiones cerebrales
13. Cuando el dolor es en el peri orbitario la patología ocular deberá ser excluida.
14. Los pacientes con cefalea pueden tener cifras tensionales elevadas sin embargo es raro que esta condición sea la causa de la cefalea.

RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO DESDE EL TRIAGE TELEFÓNICO

- Informar al paciente que ésta es una entidad clínica frecuente muy sintomática auto limitada y que en la mayoría de los casos no implica la presencia de enfermedades graves asociadas.
- Es recomendable el reposo y uso de analgésicos para disminuir la intensidad del dolor y promover una más rápida recuperación.
- Recomendar el control de factores de riesgo desencadenantes (alimentos, alcohol, tabaco, fármacos, etc.) según cada caso en particular.
- Instruir al paciente sobre los signos de alarma para consultar inmediatamente al servicio de urgencias en caso de dolor de cabeza.
- Iniciar tratamiento precoz con fármacos de primera línea procurando evitar uso de medicamentos con ergotamina

FLUJOGRAMA PARA MANEJO AMBULATORIO DE LA CEFALEA



FUENTES

1. ADAMS C.,Andrea MD. Headache. Chapter 3. Mayo Clinic Essential Neurology. Pag 53 – 91.
2. DAVIS FA., Neurology in Primary Care. Philadelphia, 2000, p 43.
3. EVERSAS., A' FRAB J., FRESEA A., GOADSBYDE P. J., LINDEF M., MAYG A. and SA'NDORHP. S. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task forcé. European Journal of Neurology 2009, 16: 968–981
4. GLADSTEIN Jack. Headeche. The medical clinics of North America. Med Clin N Am 90 (2006) 275–290
5. HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Segunda edición. Primera revisión. 1 mayo de 2005.

6. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Guías para Manejo de Urgencias tomo III. Factores de Riesgo para Dolor de cabeza. (tercera edición) 2009. Disponible en: <http://www.google.com.healthandhealing> Consultado el 12 de diciembre de 2012
7. SANÍN Luis, TAKEUCHI Yuri. Enfoque diagnóstico del paciente con dolor de cabeza. Cefalea y dolor craneofacial. Capítulo 3. Pág. 20 -30. Abril de 2000. Colombia.
8. SEADRON, S. Pitfalls in the management of headache in the emergency department. Emerg med clin am 28 (2010) 127 -147
9. SILBERSTEIN Stephen D. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2000;55;754-762 Neurology

MANEJO AMBULATORIO DE DOLOR ABDOMINAL

DEFINICIÓN

Es el dolor que se siente en el área entre el pecho y la ingle, a menudo denominada región estomacal o vientre. El dolor abdominal es una presentación común en los pacientes ambulatorios (1,5% de las visitas al consultorio externo y 5% en las salas de emergencia). Aunque la mayoría de los casos se debe a procesos benignos, el 10% de los pacientes que consulta en las salas de emergencia y en menor porcentaje en los consultorios, tiene una causa grave que pone en riesgo la vida o requiere tratamiento quirúrgico.

DIAGNÓSTICO

En el interrogatorio es de vital importancia que el paciente no se encuentre bajo efectos de sedación o analgésicos que puedan enmascarar el cuadro clínico.

1. **Localización:** determinar la localización del dolor orienta la conducta a seguir, pues es importante descartar si existe una enfermedad grave con indicación quirúrgica como la apendicitis y la colecistitis

- Dolor generalizado: se siente en más de la mitad del abdomen. Orienta hacia una etiología viral estomacal, indigestión o gases. Si el dolor se vuelve más intenso, puede ser causado por un bloqueo de los intestinos o, aun mas grave, por un problema vascular abdominal
- Dolor localizado: se encuentra en sólo un área del abdomen, siendo más probablemente un problema en un órgano determinado como el apéndice, la vesícula biliar, los genitales internos femeninos o el estómago.

2. **Tipo de Dolor:**

Cólico: es un dolor que viene en oleadas. Generalmente empieza y acaba repentinamente y con frecuencia es intenso. Los cálculos renales y biliares son causas comunes de este tipo de dolor abdominal. El dolor de tipo cólico (espasmódico) por lo regular no es grave y es más probable que se deba a gases y distensión. Con frecuencia va seguido de diarrea. Los signos más preocupantes abarcan dolor que se presenta con más frecuencia, dura más de 24 horas o está acompañado de fiebre.

3. **Irradiación y la migración del dolor**

4. **Inicio, duración, intensidad y tipo de dolor** como así los factores que lo alivian o empeoran.

| Diagnóstico diferencial del dolor abdominal | |
|---|--|
| Localización del dolor | Diagnósticos posibles |
| Hipocondrio derecho | Biliar: colecistitis, colelitiasis, colangitis Colónico: colitis, diverticulitis Hepático: absceso, hepatitis, tumor Pulmonar: neumonía, embolia Renal: nefrolitiasis, pielonefritis |
| Epigástrico | Biliar: colecistitis, colelitiasis, colangitis Cardíaco: infarto de miocardio, pericarditis Gástrico: esofagitis, gastritis, úlcera péptica Pancréatico: tumor, pancreatitis Vascular: disección aórtica, isquemia mesentérica |
| Hipocondrio izquierdo | Cardíaca: angina, infarto de miocardio, pericarditis. Gástrica: esofagitis, gastritis, úlcera péptica Pancréatica: tumor, pancreatitis Renal: nefrolitiasis, pielonefritis Vascular: disección aórtica, isquemia mesentérica |
| Peri umbilical | Colónico: apendicitis Gástrica: esofagitis, gastritis, úlcera péptica, tumor u obstrucción del intestino delgado Vascular: disección aórtica, isquemia mesentérica |
| Fosa ilíaca derecha | Colónico: apendicitis, colitis, diverticulitis, *EI, **SCI Ginecológico: embarazo ectópico, fibromas, tumor de ovario, torsión de quiste de ovario, ***EIP Renal: nefrolitiasis, pielonefritis |
| Supra púbico | Colónico: apendicitis, colitis, diverticulitis, *EI, **SCI Ginecológico: embarazo ectópico, fibromas, tumor de ovario, torsión de quiste de ovario, ***EIP Renal: nefrolitiasis, pielonefritis |
| Fosa ilíaca izquierda | Colónico: colitis, diverticulitis, *EI, SCI Ginecológico: embarazo ectópico, fibromas, tumor de ovario, torsión de quiste de ovario ***EIP Renal: nefrolitiasis, pielonefritis |
| Cualquier localización | Pared abdominal: herpes zoster, contractura muscular, hernia Otros: obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, peritonitis, abstinencia de narcóticos, crisis hemolítica, porfiria, *EI, envenenamiento por metales |
| *EI: enfermedad inflamatoria intestinal; **SCI: Síndrome del colon irritable; ***EIP: enfermedad inflamatoria pélvica | |

5. Síntomas asociados al dolor:

- En la obstrucción intestinal, el síntoma de mayor valor predictivo es la constipación.
- En la apendicitis, el dolor en la fosa ilíaca derecha es de gran valor predictivo pero también son signos con sospecha de apendicitis la migración del dolor desde la zona peri umbilical hacia la fosa ilíaca

derecha y la fiebre.

- El cólico acompaña a muchas enfermedades de las vísceras huecas. Su localización puede ayudar a diagnosticar la causa. La ausencia de dolor cólico descarta la colecistitis pero menos del 25% de los pacientes con colecistitis aguda se presentan sin dolor o cólicos en el hipocondrio derecho.
- La úlcera péptica suele asociarse con infección por *H. pylori*, aunque la mayoría de los pacientes desconocen su situación. Hay que tener en cuenta la presencia de los signos y los síntomas de la úlcera péptica o su perforación, esta última ocasionando un cuadro de abdomen en tabla.
- En la hemorragia gastrointestinal además del dolor abdominal, pueden presentarse □ fiebre, vómitos, síncope o pre síncope. El aspecto general del paciente y sus signos vitales pueden ayudar a establecer el diagnóstico diferencial.
- Los pacientes con peritonitis tienden a quedarse muy quietos, mientras que los que sufren un cólico renal cambian constantemente de posición. Otros procesos como la pancreatitis ocasionan una posición en gatillo (posición fetal)
- La fiebre indica infección, pero su ausencia no la descarta, sobre todo en ancianos y pacientes inmunosuprimidos.
- La taquicardia y la hipotensión ortostática sugieren hipovolemia. Cuando hay dolor en el hemiabdomen superior no deben descartarse las causas cardiopulmonares como la neumonía o la isquemia coronaria.
- Los divertículos sigmoideos son la causa más común de dolor en la fosa ilíaca izquierda en los adultos

6. Poblaciones especiales

Mujeres

El dolor abdominal de las mujeres puede relacionarse con patología de sus órganos pélvicos (quistes de ovario, fibromas uterinos, absceso tubo-ováricos, endometriosis). En edad reproductiva merecen especial atención el embarazo ectópico, el aborto y la ruptura de folículo ovárico.

Ancianos

Los ancianos con dolor abdominal presentan un problema diagnóstico particular. En esta población, la frecuencia y la gravedad de la enfermedad pueden ser exageradas (por ej., una elevada incidencia de enfermedad diverticular o sepsis en los casos de infección urinaria). En los adultos mayores, los síntomas pueden ser atenuados y provocar falsos diagnósticos (infección urinaria oculta, víscera perforada, isquemia intestinal). El primer paso es identificar las poblaciones de alto riesgo específico. En los pacientes de bajo riesgo, el dolor orienta el diagnóstico diferencial inicial.

7. Signos de alarma

- Pacientes bajo tratamiento para el cáncer
- Incapacidad de evacuar las heces, asociado a vomito
- Vómito de sangre o presencia de sangre en las heces (en especial si son de color marrón o negro oscuro y pegajosas)
- Dolor en el tórax, cuello o en los hombros
- Dolor abdominal fuerte y repentino
- Dolor en o entre los omoplatos con náuseas
- Presencia de vientre rígido, duro y sensible al tacto
- Sospecha de embarazo o embarazo confirmado
- Antecedente de lesión reciente en el abdomen
- Dificultad para respirar
- Molestia abdominal que dura una semana o más.
- Dolor abdominal que no mejora en 24 a 48 horas o que se está volviendo más intenso y frecuente y ocurre con náuseas y vómitos.
- Distensión abdominal que persiste por más de dos días.
- Diarrea por mas de 5 días
- Inapetencia prolongada.
- Sangrado vaginal prolongado.
- Pérdida de peso inexplicable
- Fiebre mayor de 37.7° Asociada al dolor abdominal

RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO DESDE EL TRIAGE TELEFÓNICO

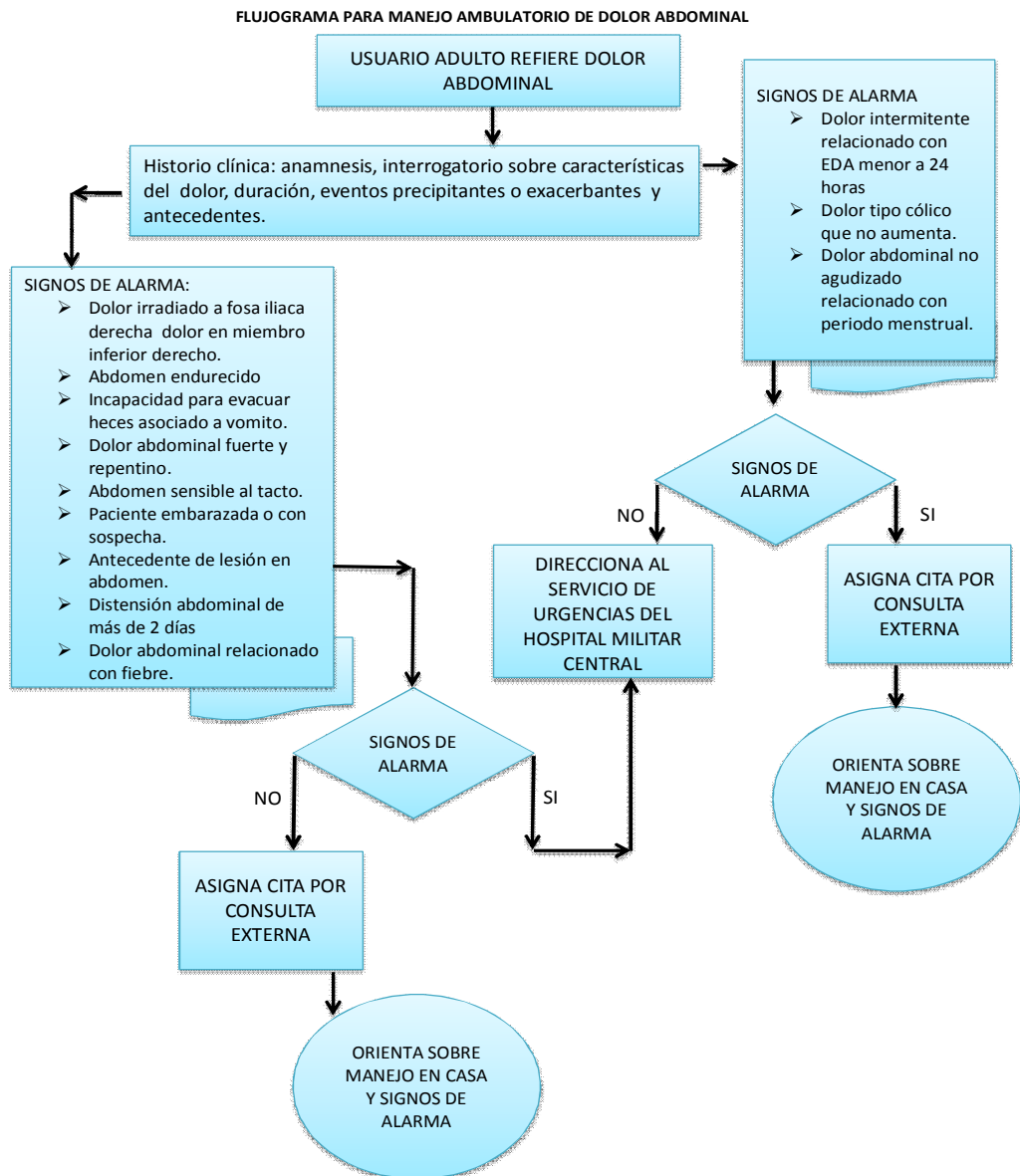
1. Ante sospecha de abdomen agudo:

- No ingerir ningún tipo de alimento
- No ingerir ningún tipo de analgésico o sedante
- Acudir inmediatamente al servicio de urgencias del Hospital Militar, con un acompañante adulto. Llevar un maletín con elementos de aseo personal y una pijama.

2. Dolor abdominal crónico e inespecífico: las siguientes medidas pueden ayudar a prevenir algunos tipos de dolor abdominal:

- Evitar consumo de alimentos grasosos, picantes y alcohol.
- Beber abundante cantidad de agua todos los días (previo descarte de problemas renales).
- Consumir comidas pequeñas con más frecuencia y limitar las comidas que producen gases. Deben ser bien balanceadas y ricas en fibra (abundantes frutas y verduras).
- Hacer ejercicio de manera regular.
- En caso de duda o agravamiento de los síntomas, acudir de inmediato a valoración por cirujano general.

FLUJOGRAMA PARA MANEJO AMBULATORIO DE DOLOR ABDOMINAL



FUENTES

1. CARTWRIGHT, Sarah L. , KNUDSON Mark P. *Dolor abdominal agudo en los adultos*. Algoritmos para la población general y poblaciones especiales. Traducción y resumen objetivo: Dra. Marta Papponetti. Especialista en Medicina Interna. [Am Fam Physician.2008;77\(7\):971-978](#). 28 MAY 08
2. MEDLINE Plus. *Dolor Abdominal*. Versión en inglés revisada por: Jacob L. Heller, MD, MHA, Emergency Medicine, Virginia Mason Medical Center, Seattle, Washington. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc. Actualizado: 16 de Julio de 201

Anexo No.3

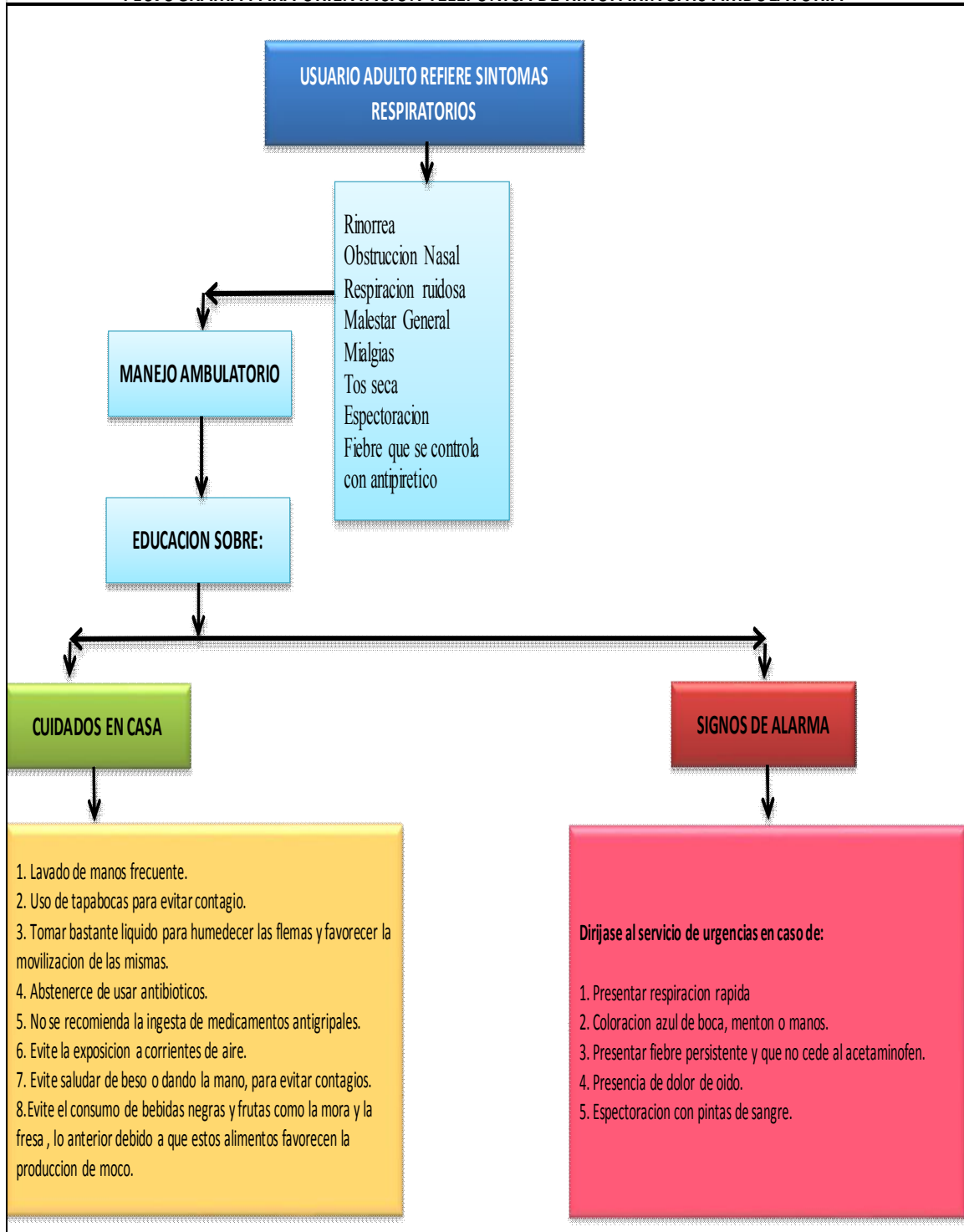
**ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE
LA CONSULTA TELEFÓNICA**

| MATRIZ DE CLASIFICACION DE LA SEVERIDAD DE LA CONSULTA TELEFONICA | | | | | | |
|---|---|---|---|----------|--|-------------------|
| Fecha: | | | | | | |
| Nombre completo : | | | | | | |
| No documento: | | | | | | |
| | | | | | | |
| ^^PREGUNTE^^ | 2 | 4 | 6 | 8 | 10 | PUNTUACION |
| Que edad tiene? | Entre 18 y 40 Años | 6 y 17 Años | Entre 50 y 60 Años | | Mayor de 60 Años y menor de 5 Años | 2 |
| Cual es el motivo de su llamada? | Sintomas de gripa Diarrea Dolor Lumbar Cefalea Sintomas Abdominales | Dolor de oido Sintomas relacionados con POP de procedimientos Cx | | | Dolor en el pecho Convulsion Dificultad para respirar Atragantamiento Traumatismos Intoxicaciones | 2 |
| De que enfermedades sufre? | Sin antecedentes | Hipertension Arterial Diabetes Mellitus Asma Epilepsia Dislipidemia Enfermedad coronaria | | | | 2 |
| Se encuentra usted embarazada? | No embarazo o no aplica | | | | Embarazada | 2 |
| Usted ha tenido fiebre? | No ha tenido Fiebre | Si ha tenido fiebre no cuantificada. | Si ha tenido fiebre y no cede a medios fisicos ni a los antipireticos | | | 2 |
| Ha cuantificado la fiebre? | | | | | | |
| La fiebre le pasa si toma medicamentos para bajarla o si se baña? | | | | | | 2 |
| El paciente sabe que dia es hoy y en que lugar esta? | Sin alteracion de la conciencia | | | | Alteracion de la conciencia (Somnolencia , agitacion, desorientacion , inconciencia) | 2 |
| El paciente tiene dificultad para hablar? | | | | | | |
| Siendo 10 el dolor mas alto que haya experimentado y 1 sin dolor , de uno a 10 cuanto le duele? | 1 | 2 a 4 | 5 a 6 | | 8 a 10 | 2 |
| Ha ingerido analgesico o medicamento en las ultimas 12 horas? | Niega ingesta de analgesicos o medicamentos | | Si ha tenido tomado analgesico u otros medicamentos en las ultimas 24 horas | | | 2 |
| Hace cuanto le empezaron los sintomas que manifiesta? | > a 3 meses | Entre 1 y 2 meses | < a una semana | | Ultimas 24 horas | 2 |
| | | | | | Puntaje Total | 18 |
| Puntaje > a 26 | | Apoyo Traslado en ambulancia | | | | |
| Puntaje >18 y < 26 | | Direccionamiento urgencias HMC | | | | |
| Puntaje < a 18 | | Asignacion cita x consulta externa | | | | |

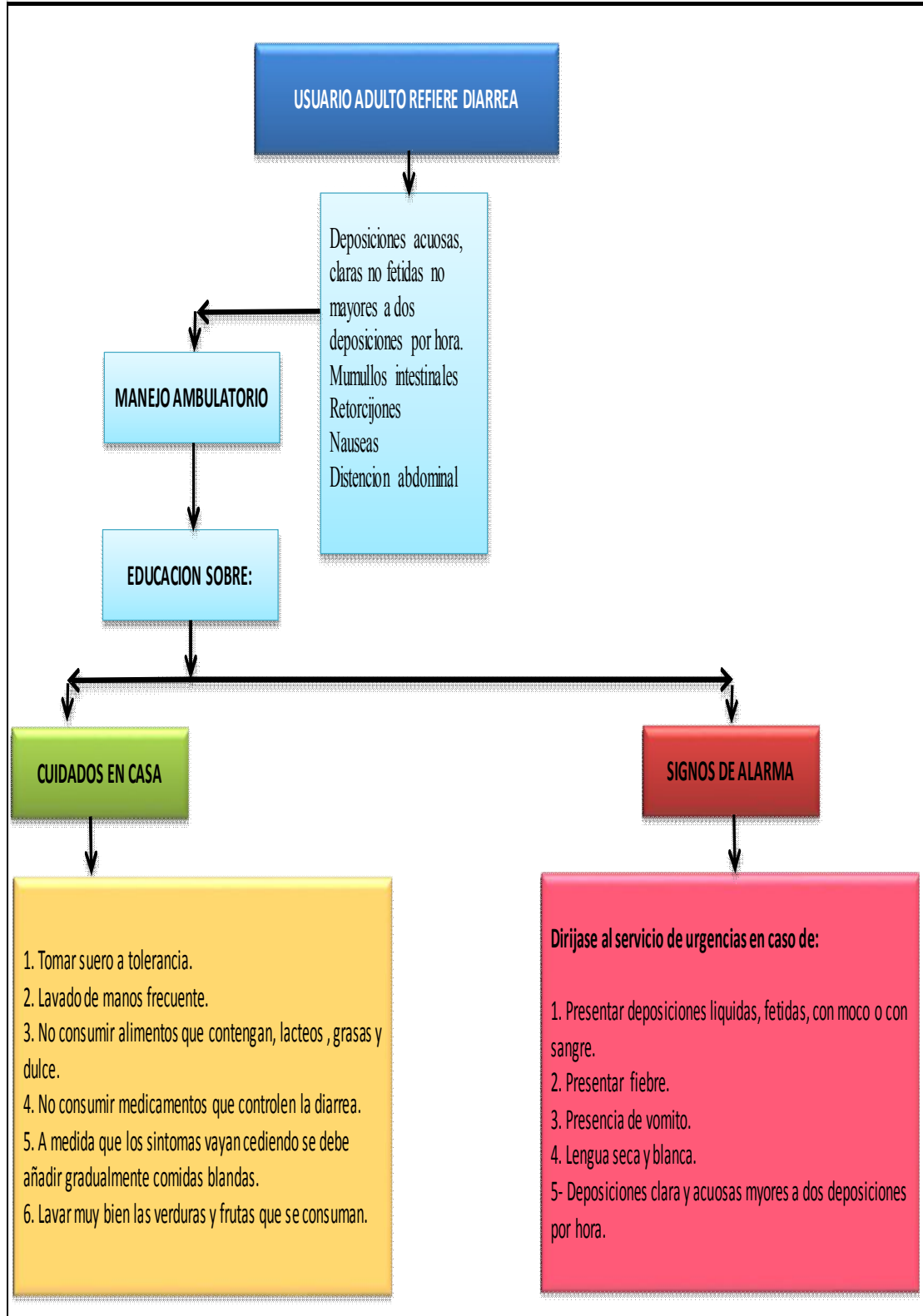
Anexo No.4

FLUJOGRAMAS DE ORIENTACIÓN TELEFÓNICA

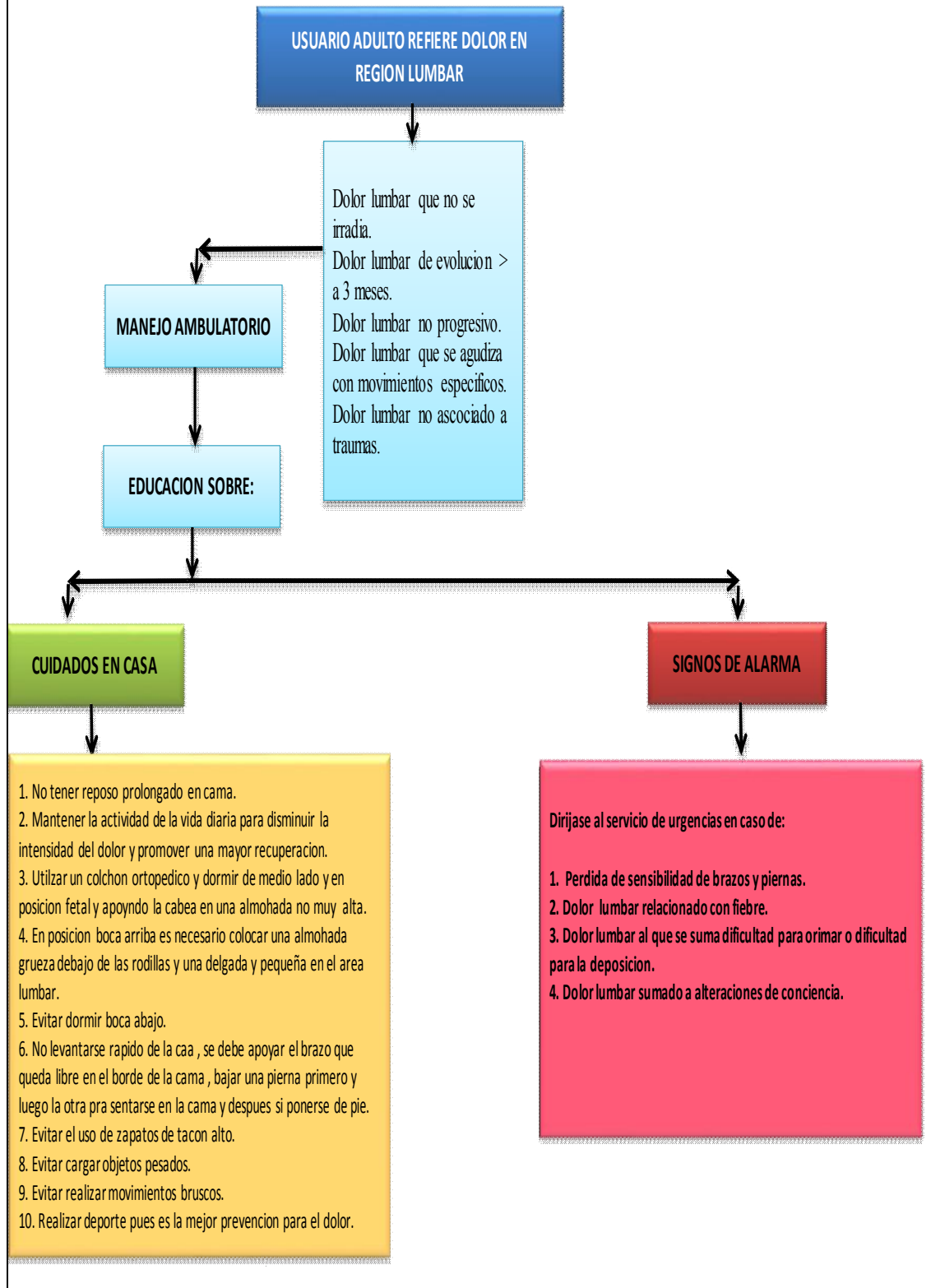
FLUJOGRAMA PARA ORIENTACION TELEFONICA DE RINOFARINGITIS AMBULATORIA



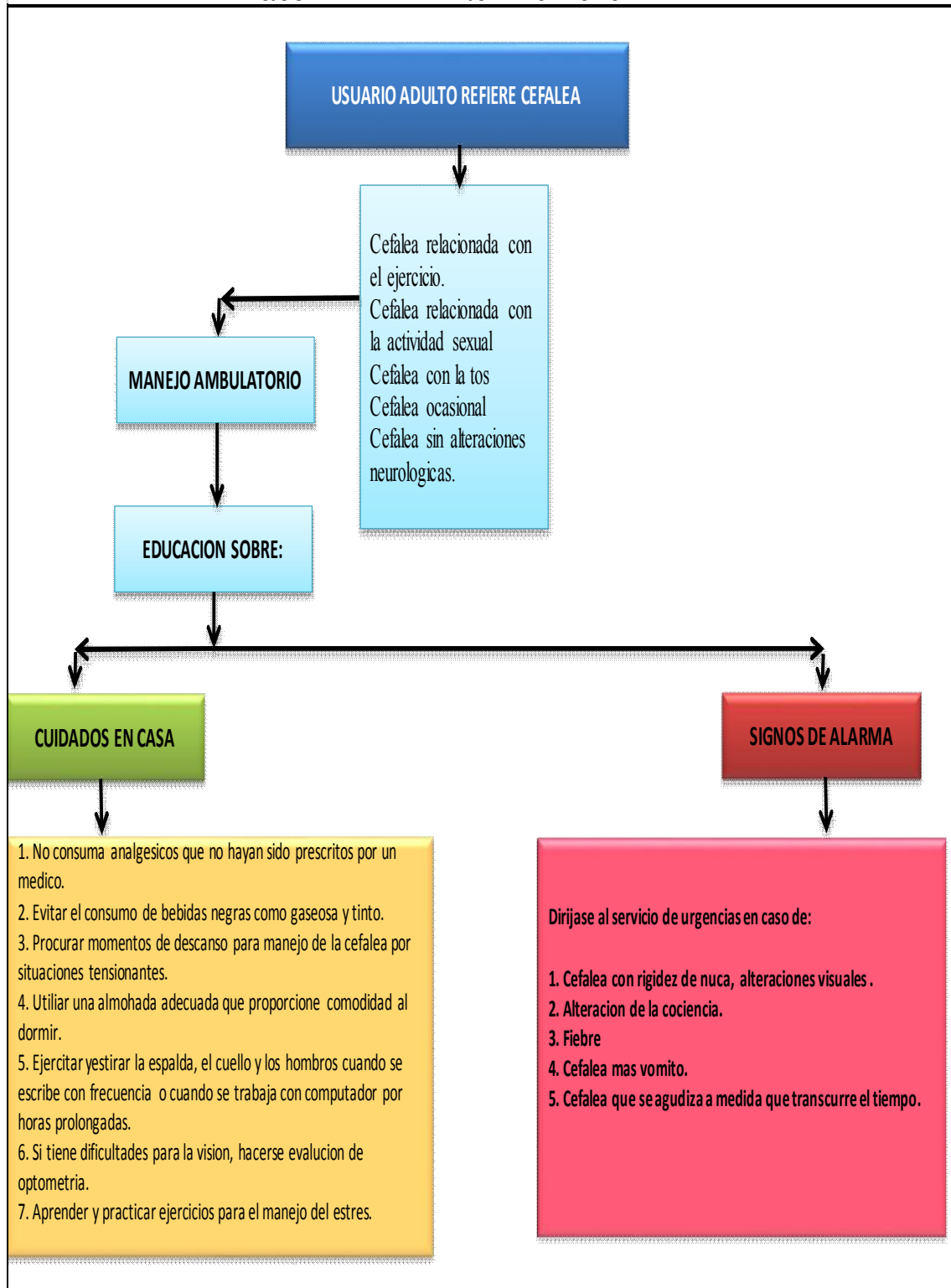
FLUJOGRAMA PARA ORIENTACION TELEFONICA DE EDA AMBULATORIA



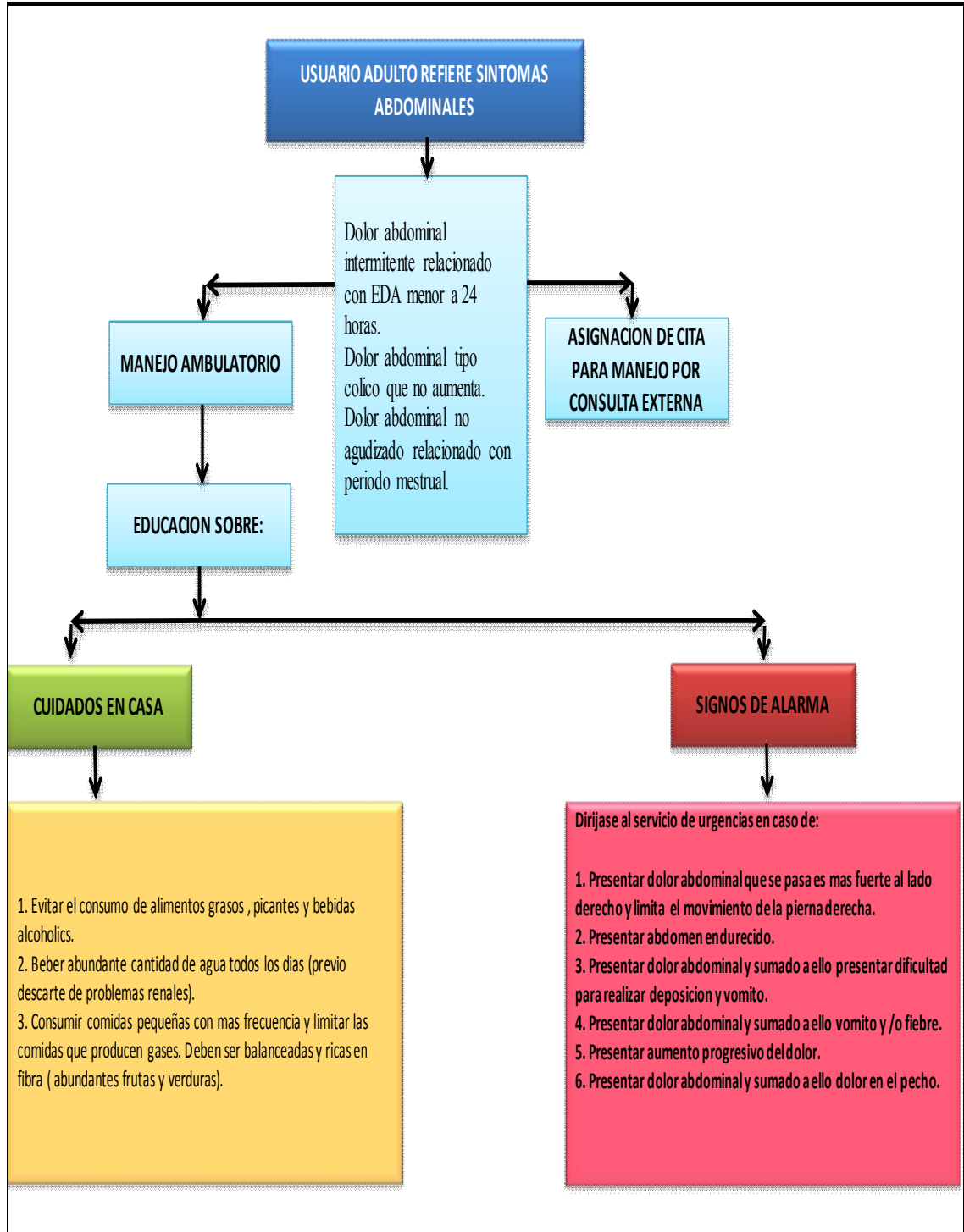
FLUJOGRAMA PARA ORIENTACION TELEFONICA DE DOLOR LUMBAR AMBULATORIO



FLUJOGRAMA PARA MANEJO AMBULATORIO DE DOR DE CABEZA



FLUJOGRAMA PARA MANEJO AMBULATORIO DE SINTOMAS ABDOMINALES



Anexo No.5
LEVANTAMIENTO DE PROCESOS

ENTRADAS Y SALIDAS DEL PROCESO

INSTITUCIÓN: HOSPITAL MILITAR CENTRAL

FECHA: 15/02/14

NOMBRE DEL PROCESO: ATENCION TELEFONICA DE PATOLOGIAS DE BAJA COMPLEJIDAD

PRODUCTO DEL PROCESO: PACIENTE ASESORADO

| ENTRADAS | | | SALIDAS | | |
|-------------------|---|--|-------------------|--|--|
| Proveedor | Insumos | Datos requeridos | Usuarios internos | Subproductos | Datos producidos |
| Paciente | Llamada telefónica | Numero de cédula | Operadora de CTAS | Registro de la llamada en el sistema | Requerimiento de la asistencia |
| Operadora de CTAS | Validación de derechos y afiliación al sistema de salud de las FFMM y motivo de llamada telefónica. | Motivo de consulta. Tiempo de evolución. Terapia aplicada. | Enfermera de CTAS | Clasificación del requerimiento de acuerdo a la patología: Urgente o no Urgente | Tipo de Intervención requerida: consejería, atención domiciliar o referencia a urgencias de HOMC |
| Enfermera de CTAS | Tipo de Atención requerida No urgente | Impresión diagnóstica, Información suministrada por el paciente | Enfermera de CTAS | Recomendaciones generales sobre medidas a tomar de acuerdo a sintomatología presentada por el paciente | Registro de recomendaciones emitidas que debe realizar el paciente de acuerdo con la información suministrada. |
| Enfermera de CTAS | Tipo de Atención requerida Si urgente | Impresión diagnóstica, Información suministrada por el paciente | Enfermera de CTAS | Referencia a servicio de urgencias HOMC | Paciente referenciado al servicio de urgencias HOMC |

LEVANTAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS

INSTITUCIÓN: HOSPITAL MILITAR CENTRAL

FECHA: 15/02/14

NOMBRE DEL PROCESO: ATENCION TELEFONICA DE PATOLOGIAS DE BAJA COMPLEJIDAD

PRODUCTO DEL PROCESO: PACIENTE ASESORADO

| Procedimiento | Actividad | Dependencia | Responsable |
|--------------------------|---|---------------------------------|-------------------|
| VERIFICACION DE DERECHOS | Llamada telefónica | Admisiones y Registro | Operadora de CTAS |
| | Numero de cédula y Validación derechos y afiliación al sistema de salud de las FFMM | Coordinación Central telefónica | Enfermera de CTAS |
| ASIGNACION DE RECURSOS | Motivo de consulta. Tiempo de evolución. Terapia aplicada. | Coordinación Central telefónica | Enfermera de CTAS |
| | Clasificación del requerimiento de acuerdo a la patología: Urgente o no Urgente | Coordinación Central telefónica | Enfermera de CTAS |
| PRESTACION DEL SERVICIO | Impresión diagnóstica, Información suministrada por el paciente. | Coordinación Central telefónica | Enfermera de CTAS |
| | Recomendaciones generales sobre medidas a tomar de acuerdo a sintomatología presentada por el paciente. | Coordinación Central telefónica | Enfermera de CTAS |

Anexo No. 6

**DETERMINACIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL DE LOS AGENTES DE LA
CENTRAL TELEFÓNICA DE ASESORÍA EN SALUD**

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| | MACRO PROCESO DE TALENTO HUMANO | VERSIÓN: V 2.0 |
| CÓDIGO: 06-01-F-006 | FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE CARGOS | FECHA DE ACTUALIZACIÓN 02-2014 |

| I. IDENTIFICACIÓN DEL CARGO | | |
|---|---|--|
| NOMBRE DEL CARGO | ANALISTA DE LA CENTRAL TELEFÓNICA | |
| ÁREA | OPERATIVA | |
| DEPENDENCIA | CENTRAL TELEFÓNICA | |
| NÚMERO DE CARGOS APROBADOS | 3 | |
| CARGO DEL JEFE INMEDIATO | COORDINADOR CENTRAL TELEFÓNICA | |
| ROL DEL CARGO | ESTRATÉGICO <input type="checkbox"/> | TÁCTICO <input type="checkbox"/> |
| | | SOPORTE <input checked="" type="checkbox"/> |
| UBICACIÓN | DIRECCIÓN NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> | |
| II. DIMENSIÓN DEL CARGO | | |
| SUPERVISIÓN | Nombre de los Cargos que le reportan directamente | Número de cargos |
| | Ninguno | 0 |
| | | |
| | Número total de personas que le reportan directamente | 0 |
| | Número total de personas que le reportan indirectamente | 0 |
| III. PERFIL DEL CARGO | | |
| NIVEL ACADÉMICO | <input type="checkbox"/> Bachillerato <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Estudiante de pregrado No. Semestres mínimo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional graduado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría | |
| TÍTULO(S) ACADÉMICO(S) | Auxiliares de enfermería | |
| CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES TÉCNICAS | <ul style="list-style-type: none"> Conocimientos en Normatividad vigente en salud Experiencia en el área hospitalaria preferiblemente en proceso de Referencia y Contra-referencia | |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Manejo de Office (Excel, Word, Power point) |
| COMPETENCIAS CORPORATIVAS | <ul style="list-style-type: none"> Trabajo en equipo Orientación al resultado Orientación al servicio Conciencia organizacional Relaciones asertivas |

| IV. EXPERIENCIA | | | |
|--|---------------|---------------|--------------|
| EXPERIENCIA ESPECÍFICA MÍNIMA REQUERIDA: | <u>1</u> Años | SECTOR | Salud |
| Especificar experiencia requerida: | | | |
| Se requiere experiencia en EPS y/o IPS, Sistemas de información, en áreas administrativas de salud (referencia y contra-referencia). | | | |

| V. DESCRIPCIÓN DEL CARGO | | |
|--|---|---|
| MISIÓN DEL CARGO: | | |
| Resumen del propósito básico del cargo expresado en términos de QUÉ HACE el cargo y PARA QUÉ LO HACE | | |
| Analizar pertinencia, gestionar, coordinar y autorizar los traslados y/o solicitudes de servicios no electivos de pacientes de baja y mediana complejidad, según normatividad vigente y políticas institucionales. | | |
| ROLES Y RESPONSABILIDADES DEL CARGO: | | |
| PRINCIPALES RESPONSABILIDADES <u>QUÉ HACE</u> Verbo infinitivo (ar, er, ir) | ACCIONES DE APOYO A LAS RESPONSABILIDADES <u>CÓMO LO HACE</u> Verbo gerundio (ando, endo) | RESULTADO ESPERADO <u>PARA QUÉ LO HACE</u> Verbo infinitivo (ar, er, ir) |
| Realizar análisis de remisiones de baja y mediana complejidad | Analizando los soportes para el cumplimiento de criterios clínicos y comentando cada paciente en las IPS de la red o no red en caso de ser necesario | Garantizar el análisis de la remisión de usuario obteniendo disminución en los tiempos de remisión y mejorar la calidad del servicio. |
| Determinar la pertinencia de las remisiones, de acuerdo a parámetros predefinidos. | Bajo la supervisión de los profesionales de referencia, revisar si las solicitudes cumplen con criterios de pertinencia y racionalidad según políticas institucionales y normatividad vigente en salud. | Generar respuesta a las remisiones de los afiliados garantizando un traslado efectivo y oportuno |
| Registrar en Sistema de nueva EPS la gestión realizada. | Diligenciando en el sistema toda la gestión que se realice a cada caso, con las IPS de la red, de forma oportuna y veraz. | Dejar evidencia de las gestiones realizadas en sistema. |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Enviar soportes a IPS de la red | Buscando soportes de Historias Clínicas en el sistema, para su envío por medios de comunicación dispuestos por la compañía. | Disminuir operatividad a los profesionales de Referencia y Contra-referencia y de esta forma optimizar el recurso humano. |
|---------------------------------|---|---|

| VI. INTERRELACIONES | | |
|---|--|---|
| CONTACTO INTERNO: | Contactos que por razones de las funciones del cargo, debe tener con personal interno no perteneciente a la misma dependencia. | |
| CARGO | PROPÓSITO | FRECUENCIA diaria, semanal, mensual |
| DISPENSARIOS Y HOSPITAL MILITAR CENTRAL | Agilizar en la región geográfica la ubicación del paciente en al IPS necesaria por dificultades en la red de prestadores. | Frecuentemente |
| CONTACTO EXTERNO: | Contactos que tiene el cargo, con organizaciones y/o personas externas a la empresa. | |
| CONTACTO | PROPÓSITO | FRECUENCIA diaria, semanal, mensual |
| DISPENSARIOS Y HOSPITAL MILITAR CENTRAL | Ubicar al usuario en el nivel de complejidad requerido para la atención en sus necesidades en salud. | Permanentemente |
| AMBULANCIAS | Garantizar el adecuado, seguro y oportuno traslado del paciente | Permanentemente |

| VII. HORARIO | | |
|-----------------|--|---|
| Lunes – Domingo | <input type="checkbox"/> | DIURNO (7AM – 3PM) |
| Lunes - Viernes | <input checked="" type="checkbox"/> | NOCTURNO (7PM – 7AM) |
| | <input type="checkbox"/> | TRO Especificar |
| | | (10:00-19:00) (14:00-22:00) (07:00-15:00) |
| | NOTA : Sujeto a Malla de turnos | |

| | | |
|--|-----------------|----------------|
| ELABORÓ: | REVISÓ: | APROBÓ: |
| | | |
| ELABORO YOLIMA ARAQUE | Jefe Inmediato: | |

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| | MACRO PROCESO DE TALENTO HUMANO | VERSIÓN: V 2.0 |
| CÓDIGO: 06-01-F-006 | FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE CARGOS | FECHA DE ACTUALIZACIÓN 02-2014 |

| I. IDENTIFICACIÓN DEL CARGO | | | |
|---|---|---|--|
| NOMBRE DEL CARGO | PROFESIONAL DE LA CENTRAL TELEFÓNICA | | |
| ÁREA | OPERATIVA | | |
| DEPENDENCIA | CENTRAL TELEFÓNICA | | |
| NÚMERO DE CARGOS APROBADOS | 3 | | |
| CARGO DEL JEFE INMEDIATO | SUBDIRECCIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS | | |
| ROL DEL CARGO | ESTRATÉGICO <input type="checkbox"/> | TÁCTICO <input type="checkbox"/> | SOPORTE <input checked="" type="checkbox"/> |
| UBICACIÓN | DIRECCIÓN NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> | REGIONAL <input checked="" type="checkbox"/> | |
| II. DIMENSIÓN DEL CARGO | | | |
| SUPERVISIÓN | Nombre de los Cargos que le reportan directamente | | Número de cargos |
| | Ninguno | | 3 |
| | | | |
| | Número total de personas que le reportan directamente | | 3 |
| | Número total de personas que le reportan indirectamente | | 3 |
| III. PERFIL DEL CARGO | | | |
| NIVEL ACADÉMICO | <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Estudiante de pregrado No. Semestres mínimo: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Profesional graduado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría | | |
| TÍTULO(S) ACADÉMICO(S) | Enfermera Jefe preferiblemente con Especialización en áreas administrativas de Salud. | | |
| CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES TÉCNICAS | <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos en Ley 100 • Actualizaciones constantes de la normatividad vigente • Manejo de Office (Excel, Word, Power point) • Experiencia en el área administrativa de salud preferiblemente en proceso de referencia y contra-referencia. | | |
| COMPETENCIAS CORPORATIVAS | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Orientación al resultado • Orientación al servicio • Conciencia organizacional • Relaciones asertivas | | |
| IV. EXPERIENCIA | | | |

| | | | |
|---|---------------|---------------|--------------|
| EXPERIENCIA ESPECÍFICA MÍNIMA REQUERIDA: | <u>2</u> Años | SECTOR | Salud |
| Especificar experiencia requerida: | | | |
| Se requiere experiencia en EPS y/o IPS , Sistemas de información y/o en áreas administrativas de salud (Cuentas Medicas, CTC, Tutelas y referencia y contra-referencia) | | | |

| V. DESCRIPCIÓN DEL CARGO | | |
|---|---|--|
| MISIÓN DEL CARGO: | | |
| Resumen del propósito básico del cargo expresado en términos de QUÉ HACE el cargo y PARA QUÉ LO HACE | | |
| Analizar pertinencia, gestionar, coordinar y autorizar los traslados y/o solicitudes de servicios no electivos de pacientes de mediana complejidad, según normatividad vigente y políticas institucionales. | | |
| ROLES Y RESPONSABILIDADES DEL CARGO: | | |
| PRINCIPALES RESPONSABILIDADES QUÉ HACE Verbo infinitivo (ar, er, ir) | ACCIONES DE APOYO A LAS RESPONSABILIDADES CÓMO LO HACE Verbo gerundio (ando, endo) | RESULTADO ESPERADO PARA QUÉ LO HACE Verbo infinitivo (ar, er, ir) |
| Analizar, priorizar y asignar los casos según nivel de complejidad a los profesionales o analistas de referencia según nivel de complejidad. | Validando pertinencia de las solicitudes para hacer la asignación correspondiente. | Optimizar el recurso y mejorar oportunidad en la respuesta a los pacientes y/o IPS |
| Gestionar los traslados primarios del paciente críticamente enfermo en forma inmediata, adecuada, eficaz y resolutive (En caso de no contar con medico de turno disponible) | Gestionando los casos vitales de forma inmediata. Asignando la IPS del nivel de complejidad adecuado más cercano al origen del paciente, coordinando el trasporte de manera inmediata, adecuada, eficaz, y oportuna. | Evitar complicaciones y/o muerte de pacientes críticos por inoportunidad en la ubicación de los mismos. |
| Realizar análisis de solicitudes de servicios de alta complejidad con énfasis en alto costo, alto valor, Procedimientos Medico Quirúrgicos, Insumos y casos prioritarios según requiera su perfil. | Analizando y/o solicitando concepto técnico a profesional medico en caso de ser necesario, para la emisión de autorizaciones y/o solicitudes de traslado, teniendo en cuenta pertinencia, racionalidad, políticas de la compañía y normatividad legal vigente en salud. | Garantizar el análisis y generación de las autorizaciones con pertinencia y racionalidad para la prestación de servicios |
| Realizar el registro de autorizaciones en el sistema de información de la compañía. | Utilizando el software de la compañía para generar respuesta a las solicitudes de los afiliados. | Dejar evidencia de las gestiones realizadas en sistema. |

| VI. INTERRELACIONES | | |
|---|--|---|
| CONTACTO INTERNO: | Contactos que por razones de las funciones del cargo, debe tener con personal interno no perteneciente a la misma dependencia. | |
| CARGO | PROPÓSITO | FRECUENCIA diaria, semanal, mensual |
| DISPENSARIOS Y HOSPITAL MILITAR CENTRAL | Agilizar en la región geográfica la ubicación del paciente en al IPS necesaria por dificultades en la red de prestadores. | Frecuentemente |
| CONTACTO EXTERNO: | Contactos que tiene el cargo, con organizaciones y/o personas externas a la empresa. | |
| CONTACTO | PROPÓSITO | FRECUENCIA diaria, semanal, mensual |
| DISPENSARIOS Y HOSPITAL MILITAR CENTRAL | Ubicar al usuario en el nivel de complejidad requerido para la atención en sus necesidades en salud. | Permanentemente |
| AMBULANCIAS | Garantizar el adecuado, seguro y oportuno traslado del paciente | Permanentemente |

| VII. HORARIO | |
|--|--|
| Lunes – Viernes <input type="checkbox"/> Lunes – Domingo <input type="checkbox"/> | <div> DIURNO <input type="checkbox"/> NOCTURNO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> </div> <div> (6AM – 2PM) (7PM – 7AM) </div> <div> Por turnos de (06:00-14:00) </div> <div> Especificar </div> <div> (14:00-20:00) (15:00-19:00) (19:00-07:00) </div> <div> NOTA : Sujeto a Malla de turnos </div> |

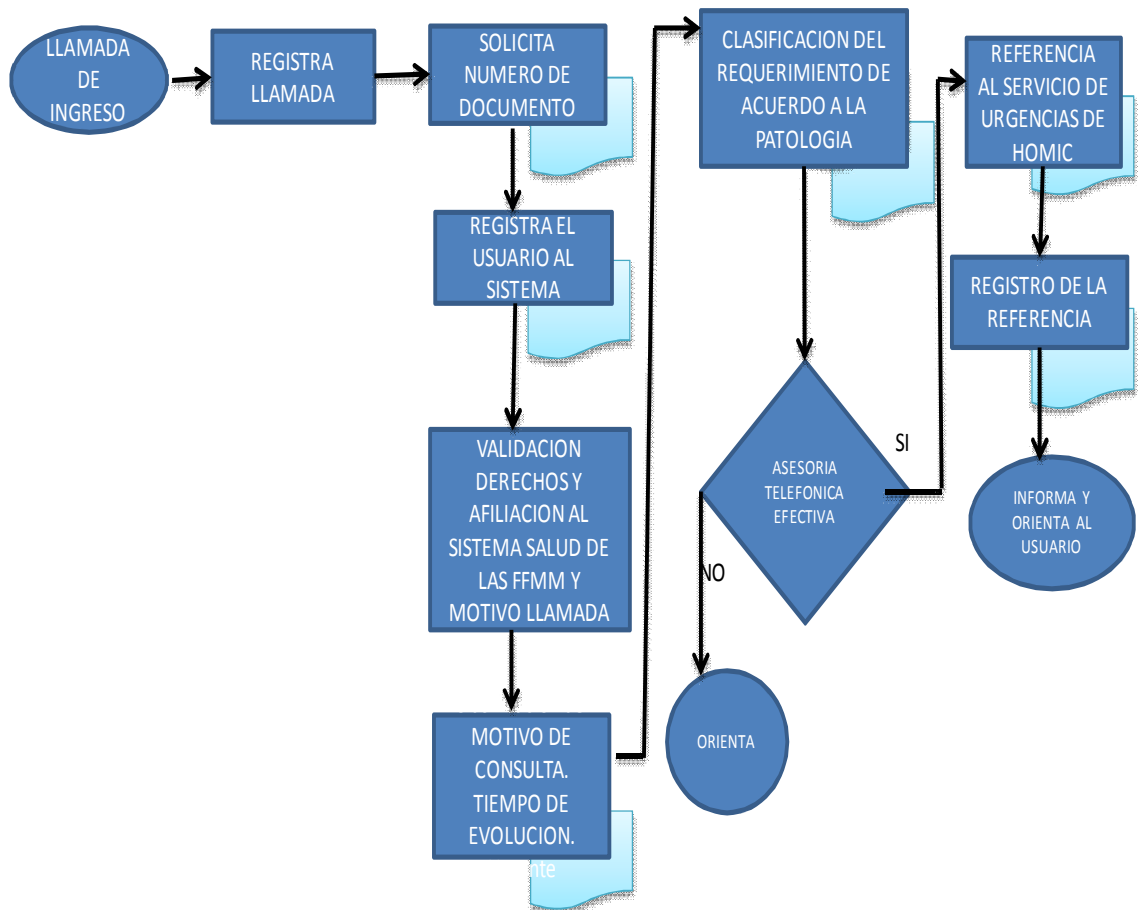
| ELABORÓ: | REVISÓ: | APROBÓ: |
|---------------|-----------------|---------|
| YOLIMA ARAQUE | | |
| | Jefe Inmediato: | |

Anexo No.7

Flujograma de Asesoría por Central Telefónica

FLUJOGRAMA DEL PROCESO ATENCION TELEFONICA DE PATOLOGIAS DE BAJA COMPLEJIDAD

| USUARIO | OPERADORA CTAS | OPERADORA CTAS | ENFERMERA CTAS | ENFERMERA CTAS |
|---------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|---------|----------------|----------------|----------------|----------------|



Anexo No. 8

Indicadores de Gestión de la Central Telefónica de Asesoría en Salud

CLASIFICACIÓN DE INDICADORES DE LA CENTRAL TELEFÓNICA DE ORIENTACIÓN EN SALUD



NIVEL DE ATENCIÓN

Es un indicador permite controlar el número de llamadas que han sido atendidas por la operación.

Su Fórmula es:
$$\frac{\text{Número de llamadas atendidas}}{\text{Número total de llamadas entrantes}} \times 100$$

Su complemento es el abandono

ABANDONO

Es un indicador de rendimiento de la operación, y está directamente relacionado con la tolerancia del cliente, de la motivación que ejerce sobre él, la voluntad de permanecer o no en espera para ser atendido.

Su Fórmula es:
Número de llamadas abandonadas/Número total de llamadas entrantes
X 100

Es la cantidad de tiempo promedio de tiempo que transcurre desde que el cliente realiza la llamada y espera en línea mientras es direccionada para ser atendido, hasta el momento en que es contestada su llamada.

Su Fórmula es:
Cantidad total de tiempo de espera de todas las llamadas/Número total de llamadas
X 100

TMO (Tiempo Medio Operativo)

Es el tiempo promedio de operación, es decir la cantidad de tiempo que toma el agente en atender efectivamente en una llamada.

Su Fórmula es:
Tiempo hablado + Tiempo en hold + Tiempo pos proceso/Número total de llamadas
X 100

El índice de ocupación de los funcionarios que permiten identificar la efectividad con la que ha sido dimensionado la central única telefónica en cuanto a personal y proyección.

Su Fórmula es:
Tiempo hablado + Tiempo en hold + Tiempo pos proceso/Total tiempo personal
X 100

ADHERENCIA AL TURNO

La adherencia al turno es un indicador de seguimiento al personal y su comportamiento dentro de las horas laborales. Se constituye como una herramienta de control disciplinario para verificar el nivel de permanencia del personal en sus puestos de trabajo de acuerdo a los turnos establecidos o planificados con anterioridad.

Su Fórmula es:
Tiempo de cumplimiento del turno
asignado/Tiempo del turno asignado
X 100

FCR (El First Contact Resolution) Resolución en 1er Contacto

FCR es un indicador o métrica que se encarga de determinar el porcentaje de llamadas resueltas en el primer contacto.

La resolución en el primer contacto debe ser una de las premisas de servicio de todas las organizaciones apuntando a mejorar la satisfacción del cliente, la eficiencia de la organización y minimización de costos.

Su Fórmula es:
Número total de llamadas resueltas en 1er
contacto/Número total de llamadas
repcionadas
X 100

Es un indicador que se encarga de determinar el porcentaje de llamadas correspondientes a pacientes que re consultan a la central telefónica, aun cuando su atención se definió en un primer contacto.

Su Fórmula es:
Número total de re consultas en menos de 48
horas/Número total de llamadas registradas en la
central telefónica
X 100

PORCENTAJE DE PATOLOGÍAS BAJA COMPLEJIDAD

Es un indicador que se encarga de determinar el porcentaje de llamadas correspondientes a patologías de baja complejidad, realizando el proceso de clasificación de dicha atención minimizando el trámite del usuario.

Su Fórmula es:
Número total de llamadas por patología/Número
total de llamadas registradas para atención
X 100

| TIPO | INDICADOR | DEFINICION | FORMULA EN % |
|-------|-----------------------------|--|--|
| COSTO | COSTO POR LLAMADA | Costo promedio por llamada es el resultado de la sumatoria de los costos involucrados en el funcionamiento del periodo, con respecto o sobre el total de las llamadas realizadas en el período | $\frac{\Sigma \text{Costos involucrados en el funcionamiento en el período}}{\Sigma \text{Total de las llamadas realizadas en el período}} \times 100$ |
| | COSTO POR CONTACTO | El costo por contacto es el valor promedio de inversión que debe pagarla empresa por cada contacto realizado (llamada contestada). Además es el resultado de la sumatoria de los costos involucrados en el funcionamiento durante el período, sobre el total de contactos del mismo. | $\frac{\Sigma \text{Costos involucrados en el funcionamiento durante el período}}{\Sigma \text{Total de contactos del mismo}} \times 100$ |
| | COSTO POR CONTACTO EFECTIVO | El costo por contacto es el valor promedio de inversión que debe pagarla empresa por cada contacto realizado y que genera valor para la organización (ingreso directo) | $\frac{\Sigma \text{Costos involucrados en el funcionamiento durante el período}}{\Sigma \text{Total de contactos efectivos del mismo}} \times 100$ |

Anexo No.9
Estudio y Análisis de costos

AÑO 2012

ESTADÍSTICAS SERVICIOS URGENCIAS

| CONSULTAS URGENCIAS HOMIC | TOTAL ANUAL |
|--------------------------------|-------------|
| Número de Urgencias recibidas | 72581 |
| Número de Pacientes TRIAGE III | 34430 |
| Número de Pacientes TRIAGE IV | 12632 |

COSTOS PROYECTADOS SERVICIO URGENCIAS

| | CONSULTAS | TARIFA SOAT-22% | TOTAL |
|-----------------------------|-----------|-----------------|---------------------|
| CONSULTAS TRIAGE III-IV AÑO | 47.062 | \$ 30.939,00 | \$ 1.456.051.218,00 |

| | VALOR HORA | HORAS AÑO | TOTAL |
|--------------------------------|--------------|-----------|---------------|
| COSTO PROFESIONAL SALUD TRIAGE | \$ 10.520,00 | 8.760 | \$ 92.155.200 |
| SALARIO ENFERMERIA \$2.020.036 | | | |

| | MENSUAL | ANUAL | TOTAL |
|------------------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| FUNCIONAMIENTO CONSULTORIO MENSUAL | \$ 2.210.274,00 | \$ 26.523.288,00 | \$ 28.733.562,00 |

| | SALARIO | ENFERMERAS | TOTAL |
|-------------------------|-----------------|------------|-----------------|
| ENTRENAMIENTO X 30 DIAS | \$ 2.020.036,00 | 3 | \$ 6.060.108,00 |

ESTADISTICAS SERVICIOS URGENCIAS HOMIC 2013

| CONSULTAS URGENCIAS HOMIC | TOTAL ANUAL |
|--------------------------------|-------------|
| Número de Urgencias recibidas | 79300 |
| Número de Pacientes Triage III | 43094 |
| Número de Pacientes Triage IV | 7194 |

COSTOS PROYECTADOS

| | CONSULTAS | TARIFA SOAT-22% | TOTAL |
|-----------------------------|-----------|-----------------|---------------------|
| CONSULTAS TRIAGE III-IV AÑO | 50288 | \$ 31.552,00 | \$ 1.586.686.976,00 |

| | VALOR HORA | HORAS AÑO | TOTAL |
|--------------------------------|--------------|-----------|---------------|
| COSTO PROFESIONAL SALUD TRIAGE | \$ 10.729,00 | 8.760 | \$ 93.986.040 |
| SALARIO ENFERMERIA \$2.060.000 | | | |

| | MENSUAL | ANUAL | TOTAL |
|---------------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| FUNCIONAMIENTO CONSULTORIO MENS | \$ 2.254.000,00 | \$ 27.048.000,00 | \$ 27.048.000,00 |

| | SALARIO | ENFERMERAS | TOTAL |
|-------------------------|-----------------|------------|-----------------|
| ENTRENAMIENTO X 30 DIAS | \$ 2.060.000,00 | 3 | \$ 6.180.000,00 |

COSTOS FUNCIONAMIENTO CONSULTORIOS

| | |
|--------------------|-------------------|
| 2 auxiliares | 3.000.000 |
| Secretaria | 1.500.000 |
| 1 Jefe | 2.000.000 |
| Arriendo | 6.000.000 |
| Servicios públicos | 1.200.000 |
| Vigilancia | 1.662.080 |
| Aseo | 1.500.000 |
| SUBTOTAL | 16.862.080 |

ADICIONAL FUNCIONAMIENTO 24 HORAS

| | |
|--------------------|------------------|
| 2 auxiliares | 3.000.000 |
| Secretaria | 1.398.540 |
| Servicios Públicos | 842.120 |
| SUBTOTAL | 5.240.660 |

| | |
|---------------------------------------|-------------------|
| TOTAL 24 HORAS COSTO MES | 22.102.740 |
| COSTO PROMEDIO CONSULTORIO MES | 2.210.274 |

Anexo No.9
Cotización Contact Center